

L'Ouvrage Boîte

LE JOURNAL
INTERNE
DU CHT

JUILLET-SEPTEMBRE 2015 n°62

GASTON-BOURRET / MAGENTA / RAOUL-FOLLEREAU



Dossier
**Deux ans
de greffes**
p. 9 à 15

**EN ROUTE VERS
LE DÉMÉNAGEMENT
AU MÉDIPÔLE !**

M-16

Lire aussi :
L'état du chantier

p. 20

ILS FONT L'ACTU

**Certification V3 :
c'est fait**

p. 6

DANS LES MURS

**RH : Rappel des règles
de remplacement**

p. 34



MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX LES BIJOUX, PLUS DU TOUT...

p. 22

ILS FONT L'ACTU

06

- > La certification V3
- > **Dossier : Deux ans de greffes**
- > Mission en cardiologie
- > Anesthésie / Bloc : point d'étape sur la nouvelle organisation

KOUTIO AVEC VOUS

20

- > Premiers pas vers le déménagement
- > Clap de fin pour les groupes de travail organisationnel

DANS LES MURS

25

- > Nouveaux médecins
- > Pharmacie : identification des médicaments en « dose unitaire »
- > DAF – DBRI : les nouveaux tableaux de bord sur l'activité de l'établissement.
- > RH : les règles de gestion des effectifs et des remplacements
- > Fête de la musique au CHT : les photos !



RH

Monsieur Pierre BARLOY a pris ses fonctions de chef de service du pôle Ressources de la DRH le 1^{er} juin 2015.

Il était précédemment en fonction à la Mairie de Nouméa en tant que directeur de l'administration et des services à la population.

Il sera rejoint dès le 6 juillet par monsieur Leslie LEVANT, Directeur des Ressources Humaines.

Lire son portrait et celui de Leslie Levant dans notre prochaine édition.

KOUTIO

CONGÉS ANNUELS FIN 2016 ?

Compte tenu de l'ouverture prévisionnelle du Médipôle de Koutio en novembre 2016, il ne sera pas possible de déposer des demandes de congés annuels du 15 octobre 2016 au 23 décembre 2016.

La planification annuelle doit en tenir compte.

Entre le transfert du premier patient début novembre 2016 et celui du dernier patient au plus tard le 15 décembre 2016, la période de déménagement physique entre les sites mobilisera en effet l'ensemble des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques.

Nous devons pendant cette période relever le défi de faire vivre les trois sites principaux en même temps : Gaston-Bourret, Magenta et le Médipôle, ce qui mobilisera toutes les énergies et demandera la présence de tous.

Le scénario définitif n'est pas encore défini, aussi au fur et à mesure de l'avancée de la phase de préparation et de l'élaboration des scénarios de déménagement, des précisions vous seront régulièrement apportées.

FIN DES VISITES DU SITE

Là aussi, le calendrier s'accélère. La phase de réception des parties achevées du Médipôle ayant démarré, les visites s'arrêtent.



LE MOT DU DIRECTEUR



Des résultats, preuve de notre travail

L'investissement des uns et des autres dans notre mission de service public mérite notre attention et notre reconnaissance. La vraie reconnaissance se mesure dans les résultats, et même si les parcours sont semés d'embûches, je ne peux que constater que les objectifs sont atteints et que chacun des « accidents » que nous rencontrons nous permet d'apporter des réponses structurées et durables.

Le premier résultat tangible est notre certification, certes avec réserves, par la Haute autorité de santé. Ce résultat objective les efforts que chacun d'entre nous a faits.

Le suivant, concerne l'avis favorable de la commission de sécurité incendie du bâtiment C, les travaux ont été complexes à organiser, mais tous les acteurs de soins et techniques ont su parfaitement se coordonner, avec le respect du patient toujours présent.

La politique de gestion du risque infectieux et le plan de formation se mettent également progressivement en place. Le CLIN joue parfaitement son rôle, une vraie dynamique est impulsée.

Nous ne pourrions avoir les moyens de nos ambitions que par cette synergie entre tous les acteurs.

Pour autant, l'angélisme n'est pas de mise, nous sommes rappelés à l'ordre par des incidents tels que sur la coronarographie ou au bloc opératoire de Magenta ; incidents qui nous obligent à refonder en permanence nos systèmes d'alerte et notre politique de prévention aussi bien des risques professionnels que de ceux liés aux soins. Là encore, la vigilance, la coordination, l'investissement et le respect de tous permettent de répondre de manière structurée aux situations.

Les derniers mois qui nous séparent du Médipôle sont essentiels pour nous organiser de la manière la plus solide possible et pouvoir répondre aux aléas que nous allons nécessairement connaître.

Je suis confiant dans la capacité des hospitaliers pour y arriver, conscients que nous sommes tous des enjeux pour les patients calédoniens.

Dominique Cheveau

Parmi les malades qui peuvent être amenés à recevoir un jour une greffe d'organe, on rencontre des personnes atteintes de malformation cardiaque, de mucoviscidose, d'insuffisance rénale terminale, de certains cancers. On rencontre également des patients de tous âges, du bébé à des personnes de plus de 70 ans.

Opérationnel depuis deux maintenant, le CHT de Nouméa vous invite, dans ce 62^e numéro de notre journal interne, à faire un état des lieux exhaustif de cette spécialité, la greffe d'organes, avec ses contraintes, ses réussites, ses perspectives et ses espoirs, tant pour les patients que pour les équipes qui ont la responsabilité du développement de ce domaine d'expertise.

La décision d'avoir recours à la greffe est prise au cas par cas, par un médecin. Tout dépend de l'évolution de la maladie, de l'efficacité des traitements prescrits, de l'état de santé général du malade. La greffe d'organes peut même représenter pour certaines pathologies le seul traitement. C'est le cas pour les maladies virales du foie (cirrhose) ou aigües, certaines tumeurs cancéreuses du foie à un stade précoce ou encore certaines maladies du cœur (infarctus, pathologies ischémiques) ou atteintes pulmonaires. Le remplacement de l'organe déficient est envisagé par le médecin qui suit le patient lorsque plus aucun traitement ne fonctionne. Lorsqu'une greffe de cœur, de foie ou de poumons est décidée, c'est qu'elle est devenue vitale pour le patient : l'organe est en très mauvais état et le patient est en danger de mort à court ou moyen terme.

Dans le cas des patients atteints d'insuffisance rénale terminale, la greffe est la seule alternative à la dialyse et

elle améliore considérablement la qualité et l'espérance de vie des patients. Si la greffe de rein est rarement vitale, elle change radicalement la vie de celui qui en bénéficie. Sans greffe, les personnes en insuffisance rénale terminale sont astreintes à la dialyse à vie. Elles doivent se rendre trois fois par semaine à l'hôpital, à chaque fois pour quatre à six heures, afin de filtrer leur sang avec un appareil qui remplace le travail des reins.

La dialyse est un traitement lourd et pénible qui altère la qualité de vie et la santé générale des patients. Ceux-ci sont durablement affaiblis et placés en situation de dépendance qui les oblige souvent à réduire ou cesser toute activité professionnelle.

La dialyse est particulièrement préjudiciable pour les enfants. Elle les fragilise physiquement, avec des retards de croissance à la clé. Pour cette raison, les enfants dialysés sont prioritaires sur la liste d'attente de reins. Une fois que le recours à la greffe est décidé, le médecin inscrit le malade sur la liste nationale d'attente de greffe gérée par l'Agence de la biomédecine. Du fait de la pénurie d'organes à greffer, l'attente peut durer des mois, parfois des années. Chaque fois qu'un greffon est disponible, il est prioritairement attribué aux malades répondant aux critères d'urgence définis dans les règles d'attribution. Même si la chaîne de prélèvement et de greffe se perfectionne d'année en année, il arrive que des patients décèdent en liste d'attente, faute de greffe à temps.

Bonne lecture.

Marc-Christian PLA

MOUVEMENTS DU PERSONNEL

AGENTS FONCTIONNAIRES

LES ARRIVÉES

CDD en fonctionnaire

BOUDET Clément, masseur-kiné
le 01/05/2015
DARCY Jean, masseur-kiné
le 01/05/2015
WENGER Laetitia, masseur-kiné
le 01/05/2015

LES SORTIES

Retour de disponibilité

SPIESER Nadine, sage-femme
le 31/05/2015

Mutation

MOENTEAPPO Myriam, infirmière
le 12/04/2015
MUGNIER Christel, cadre de santé
le 19/04/2015

Retraite

LOQUE Pascal, infirmier
le 30/04/2015
PLANTAGENEST Sylvie, manipulatrice
radio le 30/04/2015
DE IURE Doriane, infirmière
le 31/05/2015

AGENTS DÉTACHÉS

LES ARRIVÉES

Détachement

ALBERT Fabienne, ingénieure
bâtiment le 18/05/2015
FERRÉ Frédéric, ingénieur entretien
le 01/05/2015

LES SORTIES

Fin de détachement

JENOT Florence, infirmière
le 30/11/2015

AGENTS EN CDI

LES ARRIVÉES

CDD en CDI

KAVIKI Darie, assistante
médicoadministrative le 27/04/2015
CHEN-SAN Laurence, assistante
médicoadministrative le 01/05/2015
JAFFRY Morgan, assistante
médicoadministrative le 01/05/2015
MANTA Véronique, assistante
médicoadministrative le 01/05/2015
MONROSE Andréa, assistante
médicoadministrative le 01/05/2015
WAPOTRO Jeanine, assistante
médicoadministrative le 01/05/2015

Recrutement en CDI

DOSCH Frédéric, directeur adjoint le
01/05/2015

LES SORTIES

Démision

COURSET Sandra, chef de bureau
le 06/04/2015

Retraite

BERTHE Patricia, cadre de santé
le 31/05/2015
MOUCHONNIÈRE Aina, ASH
le 03/06/2015
TERIITAHI Nicole, aide-soignante
le 02/08/2015
DENIS Jean-François, ASH
le 31/10/2015
PAITA Raphaël, ouvrier polyvalent
le 31/12/2015

SIGNATURE AVEC LA BEI

Première quinzaine de juillet, le vice-président de la Banque européenne d'investissement sera présent à Nouméa afin de signer le contrat de prêt au Centre Hospitalier Territorial pour la construction du Médipôle et du Logipôle. Le

prêt de la BEI est d'un montant de 20 millions d'euros soit un peu moins de 2,4 milliards de francs. Ce sera l'occasion pour lui de rencontrer le Gouvernement qui a apporté la caution de la Nouvelle-Calédonie sur ce prêt.

AVIS FAVORABLE À L'EXPLOITATION DU BÂTIMENT C, MAIS RESTONS VIGILANTS

Malgré les nombreux travaux effectués ces derniers mois, malgré la mise en place de personnel affecté à la sécurité incendie au sein de ce bâtiment, malgré la mise en place de procédure d'appel de personnel renfort en cas d'alerte incendie... la commission territoriale de sécurité ne nous avait pas donné d'avis favorable à l'exploitation du bâtiment C. Les experts visiteurs de la HAS, eux-mêmes, posaient une réserve à l'obtention de notre certification si cet avis perdurait.

Mais c'est chose faite. Le 26 mai dernier, après avoir pris connaissance du retrait de la laine de roche des faux plafonds et de la mise en place d'une passerelle d'évacuation, un avis favorable a été émis.

Merci à tous pour votre implication, votre patience face à la gêne occasionnée...

Néanmoins ce pavillon, le plus ancien du site de Gaston-Bourret, conserve une faible résistance au feu. Pour cette raison, la vigilance reste de mise.

À ce titre, par exemple, de nouveaux exercices seront réalisés prochainement sans, puis avec, les pompiers de Nouméa.



LES AT*

AT DE JANVIER À MAI 2015
Cumul à fin mai

131 AT dont **31 AES**
dont **42 TMS**
(dont 19 lombalgies)

Services les plus touchés

SAU/UHCD/SAMU/SMUR : **3 AT**
Chir A1, HGE, ORL/Chir spé/SHUT,
Radiologie GB, Réanimation, SI : **2 AT**

AT DE JANVIER À MAI 2014
Cumul à fin mai

128 AT dont **30 AES**
dont **39 TMS**
(dont 25 lombalgies)

TABLEAUX DE BORD

EIG-EP* pour le mois de mai 2015

2015	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.
Nbre de déclarations	117	119	158	123	76		
Dont EIG	6	4	2	12	4		
Dont EP	26	13	20	33	20		

*EIG-EP : évènement indésirable grave - évènement précurseur (ou presque accident)

*AT : accident du travail, **TMS : trouble musculo-squelettique



LA V3 : C'EST FAÏT !

La bonne nouvelle est arrivée à la fin du mois de mai. Les experts de la Haute autorité de santé (HAS) ont estimé que le CHT méritait sa certification V3. Une reconnaissance certes avec réserves, mais qui va permettre à l'hôpital de poursuivre ses efforts en vue d'une qualité de soins toujours améliorée.

Des efforts récompensés, des compétences reconnues ! La 3^e version de la certification – processus entamé volontairement par le CHT et salué pour la première fois en 2007 avec l'obtention de la V1 – vient réaffirmer l'engagement de l'hôpital calédonien dans une sérieuse et continue démarche Qualité. À l'issue de la visite des cinq experts de la HAS en fin d'année dernière, sur quelque 80 critères d'évaluation, seules quatre réserves et huit recommandations ont été émises. « La certification a été accordée il y a tout juste un mois et nous laisse six mois supplémentaires pour élaborer un plan d'action et le soumettre à la HAS pour validation », précise Marie-Claire Kabar, directrice de la Coordination des soins. Le

document est certes à construire, mais le travail, lui, a largement commencé. Le CHT a en effet déjà corrigé certaines lacunes depuis la visite.

POSITIF

« Nous sommes très satisfaits du résultat obtenu, poursuit la DCS. C'est l'aboutissement de l'engagement de la direction, de l'encadrement médical et paramédical et de l'ensemble de l'établissement ». Une satisfaction d'autant plus grande que, voilà seulement deux ans, rien n'était moins sûr que la poursuite du processus... Parce que l'on savait l'énergie demandée par la préparation d'une nouvelle étape

et parce que le projet du Médipôle mobilisait déjà grandement les équipes. « La décision de continuer nous a obligés à réfléchir à l'organisation et à l'articulation des groupes de travail Koutio et des groupes d'autoévaluation pour la certification ». Pour économiser les forces vives, les seconds ont été intégrés dans la réflexion des premiers. Presque sans que les agents s'en aperçoivent ! À tel point d'ailleurs que, deux mois avant la visite, le personnel s'est même interrogé sur sa capacité à répondre aux exigences des experts-visiteurs : « il a simplement fallu montrer aux agents qu'ils avaient tout mené de front, les groupes de travail Koutio et les autoévaluations ».

ET ENSUITE ?

Même s'il est trop tôt pour penser à la prochaine marche, difficile de ne pas évoquer la V4, programmée pour 2018. Des comptes Qualité devront alors avoir été intégrés au fonctionnement de l'hôpital, des outils permettant de suivre en continu le dispositif de gestion des risques et de la qualité. La HAS précise : « *Ce nouvel outil, intégralement informatisé et mis à disposition des établissements propose une nouvelle approche de l'autoévaluation tournée vers l'action et il a vocation à traduire les engagements prioritaires de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'amélioration* ». Ces comptes seront ainsi progressivement intégrés au quotidien et à la préparation du Médipôle dès le deuxième semestre 2015, puis appliqués sur le terrain pour être généralisés et parfaitement maîtrisés dans quatre ans. Mais chaque chose en son temps : l'heure est à la satisfaction... et à l'intégration rapide des actions à mener pour répondre aux exigences de la HAS.

UNE BONNE ÉVALUATION

Dans le processus de certification, non seulement les réserves et recommandations sont classiques, mais elles sont aussi prévisibles pour un établissement qui s'est évalué objectivement. Pas vraiment de surprise donc pour le CHT lorsque le verdict est tombé, si ce n'est positivement. En effet, le personnel qui avait assisté à la restitution à chaud en novembre dernier avait entendu des remarques incisives, notamment sur l'organisation des blocs opératoires et la maîtrise du risque infectieux. Finalement, avec les efforts fournis ces derniers mois, les observations faites par le CHT et l'analyse fine menée à froid par les experts, le bilan est plus nuancé sur les points négatifs. « Nous avons la possibilité de faire une demande de remise gracieuse si nous voulons contester certains points, ajoute Marie-Claire Kabar, mais, si la décision n'est pas encore prise, nous ne l'envisageons pas pour le moment : les réserves et recommandations sont conformes à la réalité, c'est une bonne évaluation ! »



RÉSERVES

L'INFORMATION AU PATIENT EN CAS DE DOMMAGE LIÉ AUX SOINS

Lorsqu'un problème survient lors d'un soin dispensé au CHT, le patient et ses proches doivent en être informés. Une pratique certes intégrée par les soignants du CHT qui échangent avec les patients concernés et les accompagnent ensuite, mais qui manque aujourd'hui de traçabilité. C'est ce point de méthodologie qui est souligné par la HAS. Tout le monde, du brancardier au chirurgien, est susceptible d'être concerné par cette réalité. Une réflexion est donc en cours, notamment avec la DCS et le comité d'éthique, pour instaurer un protocole très clair autour de ce point et faire en sorte qu'il soit connu de tous.

LA PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

Plusieurs aspects entrent dans ce critère, certains déjà corrigés ou en passe de l'être. À l'image de la liste des prescripteurs qui a été mise à jour ou de la sensibilisation en cours des cadres pour sécuriser le stockage des médicaments. Le point le plus sensible concerne la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées. La HAS reproche une politique de prescription qui manque de formalisation pour ces patients, notamment en l'absence d'une double vérification systématique par le prescripteur et par le pharmacien. La prescription nominative par DXCare va permettre de lever rapidement cette réserve.

L'ORGANISATION DES BLOCS OPÉRATOIRES

Difficile de faire mieux tant l'architecture et l'âge des locaux, notamment à Magenta, ne permettent pas une organisation optimale, ce que la HAS a elle-même souligné. Le Médipôle règlera ce problème. Il manquait également des indicateurs de suivi de qualité, des outils mis à disposition par la HAS et auxquels le CHT, jusqu'à très récemment, n'avait pas accès. L'hôpital calédonien est désormais référencé et peut disposer de ces outils de mesure, réglant ainsi le problème.



“ Sur quelque 80 critères d'évaluation, le CHT a reçu 4 réserves et 8 recommandations : un bilan très largement positif ! ”

Marie-Claire Kabar,
directrice de la Coordination des soins

RECOMMANDATIONS

L'ENGAGEMENT DU CHT DANS UNE DÉMARCHE DE DÉVELOPPEMENT DURABLE.

Les efforts fournis en la matière vont se poursuivre et le Médipôle généralisera une démarche, pour le moment appliquée de manière partielle, selon les possibilités de l'hôpital.

L'IMPLICATION DES USAGERS ET LEUR REPRÉSENTATIVITÉ DANS LES INSTANCES DE L'ÉTABLISSEMENT.

Un comité Patients est en cours de structuration pour donner une première assise à cette exigence. Mais, dans la mesure où la réglementation locale, contrairement à la Métropole, n'oblige pas cette représentativité, il est difficile de répondre à la demande. Seul le gouvernement pourrait imposer cela.

LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ AU TRAVAIL.

Le document unique recensant tous les risques professionnels n'était pas complet au moment de la visite. Il l'est désormais et pourra être présenté à la HAS. De même, l'évaluation périodique des actions du CHSCT n'était pas réalisée : ce sera chose faite cette année.

LA SÉCURITÉ DU SYSTÈME D'INFORMATION.

Responsabilité, procédure, plan de reprise... Tous ces sujets, s'ils ne sont pas encore complètement aboutis, ont beaucoup avancé depuis la fin de l'année.

L'HYGIÈNE DES LOCAUX.

La recommandation souligne qu'il manque une formation périodique des agents en poste. Si cela

était complexe à mettre en place jusqu'à présent, par manque d'un référent en bionettoyage, cette lacune va disparaître très prochainement : une fiche de poste a été rédigée pour lancer le recrutement pour le mois de septembre d'un responsable bionettoyage.

L'AMÉLIORATION DE LA SÉCURITÉ ET DE LA QUALITÉ DES SOINS.

Un plan d'action existait bel et bien sur ce sujet lors de la visite des experts, mais sans être assorti d'un échéancier. Le CHT va y remédier et ajouter à chaque axe une date de mise en œuvre et un suivi des opérations.

LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX.

Placée dans les réserves lors de la restitution à chaud, la HAS a pris en compte les efforts considérables mis en œuvre dès la fin de l'année par le CHT pour remédier à ce problème et a revu la notation à la hausse. Une bonne surprise pour l'établissement qui déploie, depuis plusieurs mois, un vaste plan de formation de l'ensemble du personnel et qui est désormais affilié au Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) du Sud-Est.

LE RESPECT DE LA DIGNITÉ ET DE L'INTIMITÉ DES PATIENTS.

Une fois de plus, l'architecture du CHT avec de multiples chambres doubles est en défaveur d'une bonne notation sur ce critère. Mais Koutio et sa majorité de chambres seules résoudront cette question. Quant au manque de démarche d'évaluation de cet aspect de la prise en charge, il sera pris en compte dans une réflexion plus globale sur la bientraitance menée par le comité d'éthique en partenariat avec la DCS.



LA GREFFE DE REIN DEUX ANS DÉJÀ...

Le programme de greffes de reins, à partir de greffons prélevés localement, a démarré en avril 2013. Deux ans plus tard, 14 personnes ont pu en bénéficier et se portent bien.

Des résultats satisfaisants pour l'équipe en charge, l'occasion pour *L'Ouvre boîte* de tirer un premier bilan et de faire le point sur l'activité de greffe au CHT : inscription des patients sur la liste d'attente, prise en charge en Réanimation du donneur potentiel, travail du laboratoire HLA, prélèvement, transfert vers l'Australie, suivi des patients greffés...

LA GREFFE SE PORTE BIEN

Avec des chiffres 2,5 fois plus élevés qu'en Métropole, l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie est une affaire de santé publique. Ses principales causes sont l'hypertension et le diabète de type 2. La maladie à un stade avancé oblige les patients à se soumettre trois fois par semaine à des séances de dialyse, autrement dit, à être reliés à une machine plusieurs heures par semaine. Difficile dans ces conditions de mener de front vie professionnelle et vie familiale. Seule, la greffe est à même de pouvoir leur offrir un retour à une véritable qualité de vie. D'autant qu'en moyenne, une greffe accroît l'espérance de vie de plus de neuf années et que la maladie concerne des personnes jeunes (âge moyen des Calédoniens greffés en 2014 : 48 ans).

On peut aussi en évoquer le coût pour la collectivité : le coût annuel d'une dialyse s'établit à 8 millions, alors que le bilan financier d'une greffe est bien moins élevé : 1,5 million la première année, puis 500 000 F de traitement annuel par la suite.

14 PERSONNES GREFFÉES GRÂCE AUX DONΣ DE PERSONNES DÉCÉDÉES

Deux modes d'accès à la greffe sont possibles : à partir d'un donneur vivant (dans ce cas, pour ce qui concerne les Calédoniens, prélèvement et greffe sont réalisés en Australie) soit à partir d'un donneur décédé à cœur battant (donneur en état de mort encéphalique : ME).

Depuis le début de l'activité, 33 personnes en état de mort encéphalique ont été recensées au niveau des soins critiques du CHT ; 7 prélèvements ont pu être réalisés sur place permettant à 14 patients inscrits sur la liste d'attente d'accéder à la greffe en Australie.

Les causes d'échec au prélèvement peuvent être de différentes natures : une opposition au don, formulée soit par le défunt du vivant soit par ses proches, représente la principale cause. D'autres obstacles peuvent également être rencontrés : obstacles médicaux

concernant le donneur potentiel (antécédents médicaux, défaillance hémodynamique majeure accompagnant l'évolution vers la mort encéphalique...), obstacles d'ordre administratif.

DES DÉLAIS D'INTERVENTION TRÈS SATISFAISANTS

La procédure prélèvement-greffe est une véritable course contre la montre pour limiter le plus possible le délai entre le moment où le donneur potentiel est qualifié pour le prélèvement et celui de la greffe :

- la prise en charge en unité de réanimation d'un donneur potentiel d'organe ayant évolué vers la ME a pour objectif de maintenir une qualité des organes compatible avec la greffe. Or, la ME s'accompagne d'une série de désordres susceptibles de nuire à la qualité des greffons potentiels, désordres qui aboutissent inéluctablement, à court terme, à un arrêt cardiocirculatoire irréversible, synonyme d'échec au prélèvement...
- le temps « d'ischémie froide » (intervalle de temps situé entre le prélèvement du greffon rénal et son implantation dans le corps du receveur) doit être le plus court possible pour conserver le maximum de chances de réussite de la greffe. « On peut se féliciter du temps moyen d'ischémie froide concernant les greffons prélevés sur Nouméa, puisqu'il est comptabilisé à 14 h seulement malgré la distance », confirme le docteur Hervé Le Coq Saint-Gilles. Pour comparaison, il est de 17 h en Métropole selon les données de l'Agence de la biomédecine.



VERS TOUJOURS PLUS D'AUTONOMIE

Lors des premiers prélèvements, une équipe australienne de l'hôpital Royal Prince Alfred de Sydney est venue en soutien de l'équipe locale pour procéder aux prélèvements, afin de définir une procédure de prélèvement conforme aux attentes des équipes australiennes impliquées dans la greffe. « À l'heure actuelle, les chirurgiens urologues de Nouvelle-Calédonie peuvent prélever, sans

l'assistance de leurs collègues australiens. Seul se déplace encore depuis Sydney un technicien « perfusionniste » australien, chargé de la préparation du greffon et d'une partie de son conditionnement avant son transport. À terme, l'équipe IDE de notre bloc opératoire doit être formée pour se substituer à cet agent, afin que cette procédure puisse être réalisée en totale autonomie, ce qui s'associera à un gain de temps précieux... », confie le docteur Hervé Le Coq Saint-Gilles, médecin coordinateur.

“

Le nombre de prélèvements annuels (en 2014) est conforme aux prévisions de l'Agence de la biomédecine qui tablaient sur 5 à 7 prélèvements de reins par an, permettant de greffer 10 à 14 patients

Docteur Hervé Lecocq Saint-Gilles, médecin coordinateur.”

LES ÉQUIPES DU ROYAL PRINCE ALFRED À SYDNEY

Les patients éligibles à la greffe sont accueillis par l'équipe du professeur Josette Eris néphrologue et du professeur Richard Allen, chirurgien. Une équipe de coordination australienne travaille également en étroite coopération avec l'équipe de coordination de Nouméa lors de toute procédure.

Cette coordination permet de réaliser les greffes dans des conditions optimales, malgré la distance. Une aventure humaine, technique, logistique et médicale pour toutes les équipes mobilisées du don à la greffe.



Monsieur M. P., 55 ans

Dialysé pendant 6 ans - greffé à Sydney en 2014

« Tout se passe bien depuis mon séjour en Australie, je marche beaucoup, je fais très attention à mon greffon. Vous savez c'est très important pour moi depuis le coup de téléphone du docteur à 3 h du matin, c'est le plus beau cadeau de ma vie ! »

Gilles, 36 ans

Dialysé pendant 6 ans - greffé en 2014

« L'appel de greffe était un mélange de soulagement, de joie et de crainte. Je vis très bien. Je me sens extrêmement reconnaissant envers mon donneur même si j'évite de penser à la façon dont j'ai eu ce rein - c'est une "présence" qui me porte. »

EN CHIFFRES

Entre avril 2013 et avril 2015

- 33** sujets en état de mort encéphalique ont été recensés
- 44** ans l'âge moyen des donneurs potentiels
- 19** ans le donneur le plus jeune
- 71** ans le donneur le plus âgé
- 14** heures moyenne du temps d'ischémie froide
- 48** ans moyenne d'âge des patients greffés

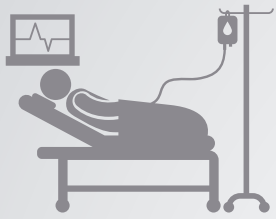
Les origines de la mort encéphalique

- 46 %** AVC (accident vasculaire cérébral)
- 27 %** traumatiques (accidents de la voie publique ou non, avec traumatismes crâniens graves)
- 21 %** causes anoxiques
- 6 %** autres

La greffe possible aussi en Métropole

- 13** départs en 2014 pour une attente dans un centre de greffe métropolitain

LA CHAÎNE DU DON EN NOUVELLE-CALÉDONIE



1

Malgré la mobilisation intense des équipes médicales, la mort encéphalique du patient semble inéluctable.



2

Confirmation médico-légale de la mort du patient attestée par des examens confirmant la destruction irréversible du cerveau (2 EEG ou 1 angioscanner). Le certificat de décès est signé. Les équipes veillent à la préservation des organes (activité cardiaque et respiration maintenues artificiellement) de la personne décédée en vue d'un prélèvement de reins.



3

Le laboratoire HLA effectue un typage HLA et des analyses sanguines. Objectifs : évaluer les possibles greffons et assurer la sécurité microbiologique.



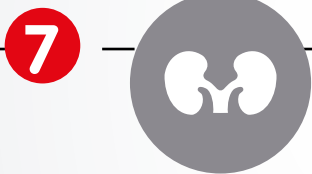
4

La coordination hospitalière consulte le registre national des refus et s'entretient avec la famille pour connaître la volonté du défunt. Recherche d'éventuelles contre-indications médicales ou médico-légales.



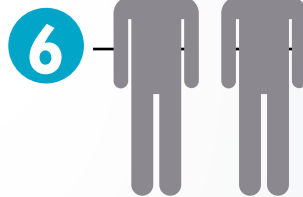
8

Départ en avion pour l'Australie des greffons et des deux futurs greffés.



7

Les équipes chirurgicales procèdent au prélèvement des greffons, un acte chirurgical effectué avec le même soin que pour une personne en vie. Les reins sont conditionnés à 4°C dans un conteneur spécifique. Le corps du défunt est préparé et rendu à la famille.



6

Lés équipes de la coordination hospitalière et les médecins organisent la greffe. Les équipes australiennes du Royal Prince Alfred Hospital sont contactées ainsi que les receveurs compatibles qui doivent rejoindre Nouméa au plus vite. Le dossier administratif et médical est préparé pour un départ à Sydney.



5

Des examens complémentaires sont pratiqués sur la personne décédée. Le laboratoire HLA effectue une épreuve de comptabilité (*crossmatch*) pour trouver des receveurs compatibles.

9



Les patients sont pris en charge par l'équipe de transplantation en Australie. Ils sont greffés dans les dix heures qui suivent leur arrivée.

10



Après 2 mois de suivi médical en Australie en moyenne, les patients rentrent en Nouvelle-Calédonie. Ils devront prendre à vie un traitement antirejet. Ils sont suivis par les néphrologues du CHT et le laboratoire HLA.

11



Grâce à la greffe, une autre vie va pouvoir se poursuivre.

LE LABORATOIRE HLA

Le laboratoire HLA intervient à chaque étape d'une procédure de greffe, y compris lors du suivi des patients greffés. Sa mission, rechercher la meilleure compatibilité possible entre donneur et receveur, éviter le rejet aigu au moment de la greffe et surveiller l'apparition d'un éventuel rejet post-greffe.

Le système HLA* est un ensemble de gènes déterminant la synthèse de groupes de molécules présentes à la surface des cellules de l'organisme. Il se caractérise par la très grande diversité des variants de molécules dont la combinaison est propre à chaque individu, formant une carte d'identité biologique qui permet au système immunitaire de chaque personne de reconnaître ses propres cellules, ou, en d'autres termes, de différencier « le soi » du « non-soi ». Toutes les structures reconnues comme appartenant au « non-soi » vont déclencher une réponse immunitaire, par exemple la production d'anticorps. Cette 'carte d'identité biologique' gouverne également l'acceptation ou le rejet de greffe. L'acceptation est d'autant meilleure

que les 'cartes d'identité du donneur et du receveur' se ressemblent et qu'il ne préexiste pas chez le receveur d'anticorps dirigés contre les groupes HLA du greffon.



CONNAÎTRE LES CARACTÉRISTIQUES DU GREFFON POTENTIEL ET S'ASSURER DE SA « QUALITÉ » (SÉCURITÉ SANITAIRE)

L'identification des groupes moléculaires HLA portés par l'individu s'appelle le typage HLA. C'est le premier travail du laboratoire HLA qu'il lance à l'aide de prélèvements sanguins. Suit une batterie d'analyses comme le Groupage Sanguin et tous les examens réglementaires permettant de garantir la sécurité microbiologique des possibles greffons (sérologies des Hépatites B et C, du VIH, ...). Cette opération prend environ 5 heures, c'est pourquoi elle est réalisée en amont de la confirmation de la mort encéphalique. Une non-validation à ce stade stoppe la procédure.

LE CROSSMATCH

Dès lors que la famille a témoigné son accord pour le prélèvement, les caractéristiques du donneur sont entrées dans le fichier de l'Agence de la biomédecine, qui propose la liste de receveurs compatibles. Trois ou quatre d'entre eux sont appelés par l'équipe de néphrologie. Il s'agit de trouver un receveur dont le groupe HLA sera le plus proche possible de celui du donneur et ne possédant pas d'anticorps dirigés contre le greffon. Cela implique une mise à jour mensuelle de la sérothèque des patients inscrits sur la liste d'attente. Le laboratoire effectue alors une « dernière épreuve

L'équipe du laboratoire HLA est issue du STS et habilitée à cette fonction pour une part de son temps : 2 médecins biologistes, 4 techniciens, 1 cadre, 2 secrétaires.

de compatibilité » entre les cellules du donneur et les sérums des receveurs potentiels (*crossmatch*). À l'issue de cette phase, qui dure également cinq heures, les deux receveurs les plus compatibles seront retenus.

TRAQUER LES ANTICORPS

Postérieurement à la greffe, le laboratoire HLA procède régulièrement à des analyses afin de surveiller l'apparition d'un éventuel rejet permettant d'alerter les équipes médicales en vue d'adapter le traitement.

* de l'anglais Human Leukocyte Antigen, découvert sur les globules blancs (leucocytes), les groupes HLA sont présents sur toutes les cellules de l'organisme, sauf les globules rouges. On parle de groupes tissulaires. Les groupes sanguins sont présents sur les globules rouges, mais aussi pour certains dans les tissus (comme le groupe ABO par exemple).

L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE

L'Agence de la biomédecine est une agence de l'État placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Elle garantit que la répartition des greffons suit les règles médicales et éthiques en vigueur. À ce titre, elle gère la liste des malades en attente de greffes ainsi que le registre national des refus au prélèvement.



Au départ, il y a beaucoup d'inconnues. Le greffon a-t-il les qualités nécessaires pour être greffé ? Le donneur potentiel a-t-il fait part de son choix de devenir donneur ? Quel va être le choix de la famille ? Quels seront les meilleurs receveurs possibles ? Quand on arrive au bout du processus, c'est une grande satisfaction pour l'équipe



Frédéric Touzain, chef du service de Transfusion sanguine et du laboratoire d'Histocompatibilité au CHT.

TÉMOIGNAGES



**Alfreda Palasso,
36 ans**
Transplantation du rein
en 2009, au CHU de Reims,
Métropole

« J'ai été dialysée pendant
8 ans avant d'avoir la chance

de pouvoir être greffée. Je suis partie à Reims dans un centre de greffe pendant 9 mois. Heureusement, sur place j'avais un oncle qui venait me voir le weekend... Depuis, j'ai une bonne hygiène de vie, je vais très bien. C'est un cadeau merveilleux que j'ai reçu de la part de mon donneur ».



**Sylviane Zimmer,
55 ans**
Transplantation du rein
en 2004, d'un donneur
vivant, au CHU de Nantes,
Métropole

« J'ai eu la chance de
bénéficier d'une greffe de rein de la part de ma sœur qui vit en Métropole, nous étions « full match ». À l'époque, elle m'avait dit : ce n'est plus mon rein maintenant, c'est le tien. C'est une expérience très forte, nous sommes très proches l'une de l'autre. Depuis la greffe, c'est une nouvelle vie qui a commencé pour moi, une forme de renaissance ».



**Maleko Kalato,
51 ans**
Transplantation cœur et
rein en 2013, au CHU de
Nantes, Métropole

« Je suis parti mi-janvier 2013
et j'ai été appelé le 5 août. Sur

le coup, je n'y ai pas cru, j'ai fait répéter la personne deux fois... c'était beaucoup d'émotion, je savais que j'allais passer à une autre phase de ma vie. Aujourd'hui, je "Vis" pour deux : pour moi et pour mon donneur. Je tiens à remercier mon donneur, les équipes du CHU de Nantes, du CHT et de l'UNH, le service social de la Maison de la NC, et le service ÉVASAN ».



**Jacques Boesari,
52 ans**
Don d'un rein à sa sœur
en 2013,
Sydney Australie

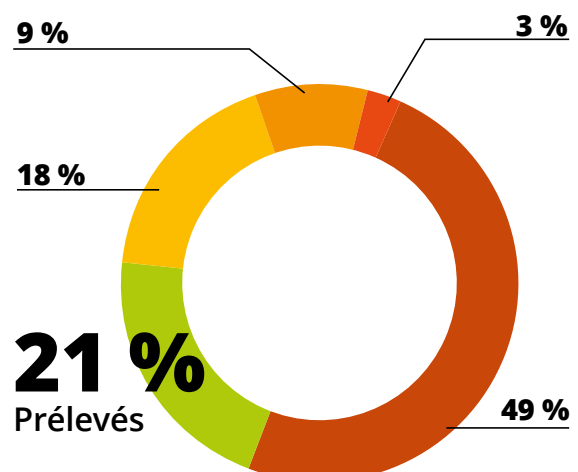
« Avant de prendre ma
décision, je voulais être sûr
que j'étais en bonne santé, j'avais peur des complications. J'ai également demandé à rencontrer quelqu'un qui avait donné un de ses reins. J'ai pris le temps de réfléchir. Je l'ai fait par amour pour ma sœur, c'était dur de la voir si dépendante de ses dialyses. Aujourd'hui, je mène une vie normale et je peux le dire : il ne faut pas avoir peur de donner un rein ! »

LES CAUSES DE NON-PRÉLÈVEMENT

Bilan à deux ans d'activité (2013-2014)

Sur la base de 33 personnes en mort encéphalique recensées (chiffres au 30/04/2015) :

- 49 %** d'oppositions du défunt ou de la famille
- 18 %** antécédents médicaux
- 9 %** obstacles médicaux
- 3 %** obstacles administratifs





LE DON, IL FAUT EN PARLER

3 QUESTIONS À VÉRONIQUE BICHE, Infirmière coordinatrice prélèvements et greffes

Nous évoquons ensemble la mémoire du défunt. La décision respecte-t-elle sa volonté, les représentations de chacun ? Si le témoignage des proches confirme le don, nous accompagnons les familles jusqu'à la restitution du corps du défunt.

L'Ouvre boîte : Quelles sont les principales raisons du refus ?

Véronique Biche : « L'opposition au don est encore élevée, ici (49 % contre 33 % en Métropole). Si le défunt n'a pas enregistré son opposition sur le registre national des refus ou bien s'il ne s'est jamais exprimé sur la question auprès de ses proches, et c'est souvent le cas... il est alors parfois difficile pour la famille, dans ces circonstances douloureuses, de témoigner de la position supposée du défunt. Il existe parfois des points de divergence au sein même de la famille. Le refus est aussi souvent dû à une crainte liée à l'intégrité du corps, aux croyances propres à chaque culture, rarement des questions religieuses... Enfin, c'est parfois difficile de comprendre la mort encéphalique* ». »

* Le décès est prononcé suite à l'arrêt irréversible de l'activité cérébrale par deux médecins à la suite d'examens cliniques et confirmé par un examen paraclinique (deux EEG ou un angioscanner). La respiration et les battements du cœur

peuvent alors être maintenus artificiellement pendant une durée limitée. Cela explique que, malgré le décès, le cœur continue à battre, que le thorax se soulève et que le corps soit chaud.

L'Ouvre boîte : Comment mieux faire connaître le don ?

Véronique Biche : « Sans don, pas de greffe. La principale cause du refus reste la méconnaissance. Il faut sensibiliser encore et toujours. Les Journées nationales du rein et du don d'organe sont relayées par les associations, le RESIR, le CHT... lors de séances d'information auprès des jeunes collégiens ou lycéens... autant d'occasions pour informer et rencontrer le public et permettre à chacun de se positionner pour ou contre et de le faire savoir. »

L'Ouvre boîte : Comment abordez-vous les familles ?

Véronique Biche : « Chaque situation est différente. L'entretien avec la famille, en vue du don, se déroule après le constat médico-légal de la ME. La question du don d'organes survient donc dans un moment toujours douloureux où les émotions sont très présentes, quelles qu'en soient leurs formes. Le médecin reprend l'historique médical tout en évitant les termes techniques. La coordinatrice aborde par la suite la question du don d'organes, les familles doivent être libres d'exprimer leurs doutes, leurs questionnements. Une relation de confiance doit s'établir, sans jugement.

LA COORDINATION HOSPITALIÈRE

- > 1 médecin coordinateur de l'activité
- > à terme 5 infirmières (1TP + astreintes)



Don d'organes, dites-le à vos proches. Car c'est vers eux que les médecins se tourneront en cas de décès, pour savoir si vous étiez, opposé, ou non, au don d'organes



COMMENT DEVENIR DONNEUR ?

Dites-le simplement à vos proches ! C'est le moyen le plus efficace pour signifier votre choix et pour qu'il soit respecté. Vous aussi pouvez demander une carte de donneur en seulement quelques clics.
www.dondorganes.nc



EN SAVOIR PLUS ?

www.youtube.com : « Une minute pour en parler »,
www.youtube.com : « Don d'organes, il suffit de le dire. Maintenant »
www.dondorganes.fr
www.resir.nc
 Association « Un nouveau départ pour la vie »
 AIRTNC – Association des insuffisants rénaux et transplantés de N.-C.
 (tél. 91 73 01)

JOURNÉE NATIONALE
DE RÉFLEXION SUR
LE DON D'ORGANES
ET LA GREFFE ET DE
RECONNAISSANCE
AUX DONNEURS

22 JUIN 2015

EN ROUTE VERS LE CŒUR GAUCHE

La resynchronisation cardiaque demande précision et expérience. Si le Dr Corinne Braunstein, chef du service de Cardiologie a toutes les compétences pour réaliser cette intervention, elle n'en apprécie pas moins de bénéficier des conseils d'un spécialiste. Le Pr Christophe Leclercq a ainsi mené une mission de resynchronisation cardiaque fin avril 2015 au CHT.



De gauche à droite : Dr Corinne Braunstein, Pr Christophe Leclercq, Sandra Martin (infirmière rythmologue), Corinne Roulet (infirmière interventionnelle en coronarographie), Christian Sérot.

Sur la table d'opération, un patient au cœur fragile. Non seulement parce qu'il bat trop lentement ou trop vite et requiert l'installation d'un stimulateur ou d'un défibrillateur, mais aussi parce que les deux parties du cœur ne battent pas au même rythme. Et c'est là que la situation se complique... « Lorsque l'on pose le stimulateur ou le défibrillateur, l'appareil est relié au cœur par deux sondes, toutes les deux placées à droite, explique le Pr Leclercq, venu du CHU de Rennes et spécialiste reconnu mondialement pour la resynchronisation cardiaque. La première sonde va dans l'oreillette droite, la deuxième dans le ventricule droit. La troisième, elle, va devoir être installée dans la cavité gauche ». Une troisième électrode dont les impulsions électriques permettront de donner au ventricule gauche le même rythme que celui de son jumeau de droite.

CHEMIN DE TRAVERSE

Le principe est posé : reste désormais à l'appliquer. Pas si simple, si l'on prend en considération le chemin à prendre... Nul accès direct à cette partie du muscle cardiaque, le rythmologue doit se frayer un chemin à travers le cœur lui-même !

« Cette troisième sonde va circuler par le sinus coronaire, le système veineux situé au-dessus du ventricule gauche que l'on stimulera de l'extérieur », ajoute le professeur. Un chemin de traverse qui nécessite, pour être débusqué, précision, patience et expérience. Car, ajoute celui qui a posé la première de ces sondes à Rennes en 1994 et l'a refait plus de 2 500 fois depuis, l'anatomie du cœur est bien particulière et le sinus coronaire n'a jamais le même point d'entrée ni le même dessin d'un patient à l'autre. Il faut parfois tâtonner un peu pour en trouver l'accès, puis le cardiologue doit définir le meilleur chemin à emprunter pour aller poser la sonde sur le ventricule.

IMAGERIE

Toute l'opération – qui peut durer entre une heure et deux heures et demie selon l'anatomie cardiaque – se déroule sous le contrôle de l'imagerie interventionnelle. Le spécialiste suit sa progression grâce à un écran qui retransmet les images de radiologie. « Pour trouver la veine du sinus coronaire qui va offrir le meilleur chemin, on utilise un produit de contraste et, à l'écran, le système veineux devient visible », décrit le Pr Leclercq. Reste ensuite à placer la



sonde, à tester la nouvelle installation électrique et à réaliser le suivi régulier du patient. « Les prothèses ont six à huit ans de durée de vie et limitent ainsi les risques d'insuffisances cardiaques graves ». Les 27 et 28 avril, le cardiologue rennais, qui vient chaque année depuis 2010, a aidé à l'implantation de cette sonde sur le cœur gauche chez cinq patients calédoniens, opérés par le Dr Braunstein, chef du service de Cardiologie du CHT, et très heureuse de bénéficier de l'expérience de son invité. La journée suivante a, quant à elle, été réservée aux consultations de suivi pour les patients implantés les années précédentes.



Le patient est sous sédation et anesthésie locale pendant que les spécialistes placent les sondes avec le précieux concours de la radiologie interventionnelle.



◀ *Grâce au produit de contraste, le réseau veineux du sinus coronaire apparaît à l'écran.*

QUELQUES CHIFFRES

50-80 ans : c'est la tranche d'âge sur laquelle les interventions de resynchronisation sont pratiquées, la Nouvelle-Calédonie présentant des patients plus nombreux, plus jeunes et plus gravement atteints que ceux de Métropole.

15 à 20 % : c'est la proportion d'insuffisants cardiaques concernés par l'implantation de cette troisième sonde pour resynchroniser les deux ventricules.

1 à 2 % : c'est le taux de patients qui présentent un problème lors de l'opération, infection ou déchirure du sinus coronaire notamment. Un risque minime, mais dont les patients sont toujours informés.

RÉSULTATS POSITIFS

Si tous les patients ne sont pas nécessairement réceptifs à cette solution chirurgicale qui intervient, une fois les options de traitement médical épuisées, l'implantation demeure néanmoins efficace chez 70 à 80 % des patients. Résultats : une amélioration significative de leurs conditions de vie, moins d'essoufflement, une marche améliorée, moins d'hospitalisation et une durée de vie prolongée. « C'est un système qui coûte cher, reconnaît le Pr Leclercq. Mais l'on s'y retrouve rapidement puisque les études ont montré que l'hospitalisation de ces patients était divisée par deux ! » Certains n'ont même plus besoin, pendant quelques années, de prendre le chemin de l'hôpital. Reste que la maladie continue d'évoluer et que l'implantation de tels appareils nécessite un impératif et régulier suivi, directement par le rythmologue du centre implanteur, et par le système de télécardiologie de plus en plus utilisé en Nouvelle-Calédonie, notamment pour les patients les plus éloignés, tout en conservant le suivi classique du cardiologue référent.

DES ÉQUIPES, UN SEUL BLOC



Au sein d'un hôpital, le bloc opératoire est un élément central. Plus encore dans un hôpital de référence tel que le CHT, pourvu d'un plateau technique unique pour la Nouvelle-Calédonie et Wallis-et-Futuna. Afin de développer un fonctionnement optimal de ce rouage sensible, deux spécialistes ont fait le déplacement à Nouméa en avril dernier.

Bilan très positif pour les Prs Dominique Midy, chirurgien au CHU de Bordeaux, et Sadek Beloucif, anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Avicenne de Bobigny, l'un des établissements de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Venu une première fois en août 2014 pour dresser un état des lieux du fonctionnement du Bloc opératoire du CHT, ils ont effectué une seconde visite voilà quelques semaines, dans le but de mesurer les améliorations apportées, notamment aux activités d'anesthésie, de réanimation et de chirurgie. « Il faut bien avoir en tête qu'un bloc opératoire fonctionne grâce à une quinzaine de corps de métiers, souligne en préambule le Pr Beloucif. Avec autant

de monde, les risques de conflits et de perte d'efficacité sont grands ». Un constat qui vaut pour toutes les structures hospitalières dotées d'un plateau technique. Pour aider les soignants à trouver les clés d'un fonctionnement humain, managérial, organisationnel et économique efficace et adapté aux contraintes locales, le duo d'intervenants a donc procédé en deux temps.

CHARTRE DE FONCTIONNEMENT

« L'an dernier, nous avons rencontré et écouté l'ensemble des interlocuteurs, décrit le Pr Midy, les cadres, la direction, les

soignants, les anesthésistes, les chirurgiens. Les mêmes points à améliorer ressortaient de ces entretiens ». L'activité de bloc pouvait en effet être structurée afin de gérer au mieux un flux de patients généré de 50 à 60 % par des urgences sur l'ensemble de l'hôpital. Et plus il y a d'urgences, plus la gestion est complexe ! Des recommandations avaient ainsi été formulées pour faciliter le travail de tous au bénéfice des patients et de la qualité des soins. L'une des pistes de travail rapidement mise en œuvre fut l'élaboration d'une charte opératoire. « Cette charte va au-delà d'un règlement intérieur, précise le Pr Beloucif. C'est un engagement de chacun à s'inscrire dans



De gauche à droite, le Pr Sadek Beloucif, Cathy Sebat (chargée de mission à la DG, organisatrice de la mission) et le Pr Dominique Midy.

un mode de fonctionnement ». Désormais signé et appliqué, ce document forme aujourd'hui une base solide pour l'harmonisation des pratiques, une référence en matière de procédures à mettre en place en fonction des situations.

STANDARDISER : UN GAGE DE QUALITÉ

Si chaque individu présente des caractéristiques qui lui sont propres, nombre d'éléments se retrouvent entre patients touchés par la même pathologie. « Pour une fracture, on sait qu'il faudra une certaine quantité de sang, une salle d'opération pour une durée à

peu près établie, des antibiotiques, une durée d'hospitalisation constante... On peut standardiser beaucoup de choses, établir des protocoles de prise en charge auxquels anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens vont se référer. Et l'on sait que cela fonctionne », ajoute le Pr Midy. L'imprévu – complications, infections, etc. – peut alors être beaucoup plus aisément géré et les professionnels travaillent, certes dans l'urgence si besoin, mais avec des références communes. Ces protocoles acceptés par tous se retrouvent finalement dans la charte de fonctionnement.

DES ÉQUIPES SPÉCIALISÉES

Autre cheval de bataille du binôme d'intervenants : la mise en place d'équipes d'anesthésistes et de chirurgiens par spécialité. « Car l'on sait que la qualité des soins sera meilleure si l'on est pris en charge par des professionnels expérimentés et spécialisés ». Orthopédique, viscérale, obstétrique, dentaire... à chaque chirurgie ses particularités, ses besoins. Avoir des anesthésistes intégrés à l'activité chirurgicale ne peut qu'améliorer la pertinence des soins. « Ils sont désormais intégrés au staff, ils partagent le suivi postopératoire, l'activité quotidienne d'un service, décrit le Pr Beloucif, et les tâches de chacun sont bien définies ». Un nouveau paramètre qui améliore le fonctionnement des unités et l'efficacité des interventions. « Dans ce même état d'esprit, il était important de renforcer le lien entre le préopératoire, le peropératoire et le postopératoire », ajoute le chirurgien bordelais. Dans cette optique, la réanimation applique désormais un principe de score, une sorte d'échelle de mesure de gravité et de risque permettant d'anticiper de possibles complications et donc de prévoir une prise en charge adaptée, si besoin. « Une interface postopératoire gérée par les anesthésistes et les chirurgiens peut permettre d'évaluer ce score et, si nécessaire, de transférer le patient en Réanimation ».

SÉRÉNITÉ RETROUVÉE

Après quelques mois de mise en place, l'ensemble des préconisations aujourd'hui

“

Nous n'avons été que des catalyseurs : tout ce qui a été préconisé était déjà dans l'esprit des équipes. Il a simplement fallu prendre conscience de cette volonté collective et qu'ainsi, les procédures sont importantes. Rien ne doit être perso-dépendant !

”

appliquées a apporté une nette amélioration de la gestion quotidienne de l'activité, qu'elle soit programmée ou urgente. « Lors de cette deuxième visite, nous avons vu des professionnels de qualité qui travaillaient dans une ambiance calme, malgré l'urgence, qui avaient intégré les protocoles de fonctionnement dans un service des Urgences organisé et efficace ». Dans les faits, estiment les médecins, chacun, à titre individuel, a intégré sa part de responsabilité vis-à-vis du patient, mais a également pris conscience de la responsabilité collective des équipes. « Nous n'avons été que des catalyseurs : tout ce qui a été préconisé était déjà dans l'esprit des équipes. Il a simplement fallu prendre conscience de cette volonté collective et qu'ainsi, les procédures sont importantes. Rien ne doit être perso-dépendant ! » Une démarche d'amélioration de la qualité appelée à se poursuivre de manière continue pour affirmer le statut d'hôpital de référence qui incombe au CHT et pour permettre, d'ici quelques mois maintenant, une entrée aussi sereine que possible dans les murs du Médipôle.

KOUTIO AVEC VOUS

L'ÉTAT DU CHANTIER



NÉPHROLOGIE



DIALYSE



RÉANIMATION

Néphrologie,
Dialyse,
Réanimation...
les services sont
achevés les uns
après les autres
comme l'attestent
ces photos.

PREMIERS PAS VERS LE DÉMÉNAGEMENT

17 mois avant le transfert des activités de Nouméa à Koutio, le CHT lance les premiers travaux de préparation du déménagement. Début juin, la société métropolitaine Déméninge (plus de 200 déménagements hospitaliers à son actif), associée à l'entreprise locale Medi-Org-NC, a commencé les travaux préliminaires. « *Les deux sociétés travaillent ensemble pour élaborer la stratégie de déménagement*, décrit Jérôme Desmottes, chef de la cellule Koutio, *c'est-à-dire la méthode et l'organisation qui seront appliquées lors du déménagement concret* ». Durant la 1^{re} quinzaine de juin a eu lieu une première phase de préparation centrée sur trois axes : d'abord l'identification et l'information de quelque 70 correspondants transferts, des agents du CHT qui seront impliqués dans le déménagement, de sa mise en œuvre au redémarrage des activités au Médipôle. Tous ont été reçus, un par un, par Bernard Sion, le directeur métropolitain, afin de prendre la mesure du fonctionnement de chaque service, de sa taille, de ses contraintes... autant

d'éléments à intégrer dans la mise en œuvre de la future stratégie. Ensuite ont eu lieu des visites techniques des sites de Magenta, de Gaston-Bourret, de l'Institut Pasteur et du Médipôle. « *Il fallait que les professionnels du conseil en déménagement voient les accès à ces différents sites afin d'évaluer le volume qui pourra être transféré chaque jour. Ils pourront ainsi élaborer la planification complète* ». Dernier point de cette première étape, le démarrage des inventaires dans chaque service. Rompue à l'exercice, Déméninge dispose de la méthode et des outils pour compléter les inventaires déjà en partie réalisés par les équipes du CHT. Cette démarche va se poursuivre jusqu'à mi-juillet, avant de laisser place à une phase de tri réalisé par le CHT lui-même. Les équipes devront, d'ici mi-septembre, identifier ce qui rejoint Koutio, où les éléments devront être installés et déterminer que faire de ce qui ne partira pas au Médipôle. « *Tout ceci entre dans la préparation de ce déménagement d'une envergure jamais vue sur le territoire. 80 % de la réussite de l'opération tient dans la préparation !* »

Clap de fin pour les groupes de travail organisationnels

Si quelques travaux se poursuivent pour peaufiner l'organisation administrative du futur hôpital, tout ce qui concerne les organisations liées aux soins est désormais clos. Reste à organiser une réunion de synthèse avec le directeur et à intégrer les décisions du CODIR pour finaliser plus de deux années d'un travail soigneusement mené par les agents du CHT avec l'appui de la méthode SOIHM. Les forces vives vont maintenant pouvoir se concentrer sur la préparation du déménagement et, en parallèle, les résultats des groupes de travail vont revenir aux cadres et à leurs équipes. Objectif premier : se réapproprier les nouvelles organisations définies au fil des mois et immédiatement mettre en œuvre ce qui peut l'être pour maîtriser un maximum de procédures, avant l'entrée dans les nouveaux services.

POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DES 5BH

LES BONNES PRATIQUES D'ENTRETIEN DURABLE (BPED)

Parfaitement complémentaires des 5BH, les BPED sont, elles aussi, liées à la méthodologie SOIHM et au *lean-management*, ce système d'organisation issu du secteur industriel et adapté au milieu hospitalier pour le projet Koutio. Et là encore, la perspective du déménagement rend de plus en plus pertinente ce type de démarche. Les BPED ont pour vocation d'amener chaque utilisateur à s'appropriier les équipements, à les considérer comme les siens – et non comme des outils du service dont il n'est pas responsable – et ainsi à contribuer à leur maintien en bon état de fonctionnement. La conséquence directe est essentiellement en termes de maintenance et de réparation : si l'on fait en sorte de conserver en bon état tout matériel utile à la dispensation des soins, les équipes disposeront en permanence des moyens nécessaires à une médecine de qualité et les techniciens seront disponibles et réactifs lorsqu'un problème majeur surviendra, ce qui contribuera à la qualité de la prise en charge de nos patients.

AVANT



APRÈS



Voilà plus de deux ans que certains services du CHT se sont lancés dans la mise en œuvre des 5 bonnes habitudes (éliminer, ranger, nettoyer, maintenir l'ordre et respecter les règles), l'un des outils de la méthode SOIHM. On ne peut plus précieuses dans la perspective de la préparation du déménagement, car elles permettent d'éliminer le superflu, les 5BH ont également l'avantage de préparer les équipes à l'entrée dans le nouvel établissement et surtout à la meilleure manière de le maintenir dans son état

d'origine. L'ambition est donc que, d'ici mi-2016, chaque service de l'hôpital ait réalisé un chantier 5BH. À Magenta, le déploiement a déjà été réalisé l'an passé sur la moitié du site. 2015 devrait voir la fin de la démarche et permettre, dans le même temps, de vérifier la pérennité des actions mises en œuvre en 2014. Sur Gaston-Bourret, seuls quelques services isolés ont eu l'occasion de tester la démarche. C'est donc un déploiement de masse qui devrait voir le jour sur les douze prochains mois.

LAURENCE BOUTON-TUIKALEPA, CADRE DU SERVICE HGE

« Les BPED entrent dans la phase de pérennisation des 5BH, dans laquelle ont été intégrées les contraintes liées à la mise en place début 2015 de nouvelles organisations : DPI couplé au logiciel de prescription, suivi des chimiothérapies (chimioweb) ainsi que la mise en place des armoires « plein-vide »... Malgré l'ampleur des changements en peu de temps, l'équipe a été extrêmement réceptive dans la mesure où

tout cela va dans le sens de l'amélioration de l'environnement de travail et de la prise en charge du patient. Plus spécifiquement sur le matériel biomédical, nous avons repensé l'organisation, l'ergonomie des pièces pour faciliter le rangement et l'entretien, nous avons mis en place un tableau de suivi de la maintenance des appareils, un autre pour suivre les prêts de matériels... Et tout cela a été intégré dans un flyer

réalisé par l'équipe, sous forme de « Guide des bonnes pratiques en HGE », regroupant les doléances régulièrement pointées par l'équipe. L'objectif est que chacun prenne conscience de son importance et de sa responsabilité dans le bon fonctionnement du service et je crois que c'est le cas aujourd'hui, comme dans d'autres services d'ailleurs. Avec ou sans chantier 5BH, d'autres unités du CHT mettent en œuvre les mêmes efforts ».

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX LES BIJOUX, PLUS DU TOUT...

Un audit significatif... Réalisé le 31 mars 2015 sur les sites de Gaston-Bourret et de Magenta, l'audit Zéro bijou est très clair.

Le respect de la recommandation standard sur le non-port des bijoux et celle attachée aux mains est insatisfaisant... Des résultats qui devraient nous faire engager le travail d'autant plus nécessaire que ces bonnes pratiques sont intégrées à 100 % dans les plateformes hospitalières de Métropole.

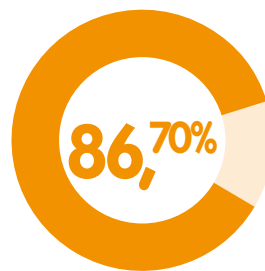
UNE MESURE INCONTESTABLE



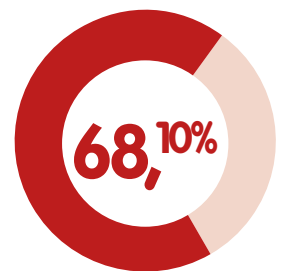
Absence de faux ongles



Absence de vernis



Ongles courts



Absence de port de bijoux

À l'exception des blocs opératoires qui avaient déjà réalisé ce type d'évaluation en interne, en partenariat avec l'EOH, tous les services de soins ont été audités. Soit 354 agents, toutes catégories professionnelles confondues, 32 services audités sur les deux sites.

POURQUOI CET AUDIT ?

Cet audit fait suite à la venue des experts visiteurs de la Haute autorité de santé en novembre 2014. Ces derniers mettaient en avant, à travers leur visite dans nos unités de soins, l'absence de maîtrise de notre risque infectieux et plus précisément du respect des précautions standard.

Nous avons donc décidé de mesurer le respect de ces précautions standard (par un audit d'observation) sur l'absence de port de bijou au niveau des mains.

QUELLES ÉTAIENT NOS ATTENTES POUR CE PREMIER AUDIT ?

Selon les recommandations quatre critères ont été observés :

- L'absence de bijou
- L'absence d'ongles longs
- L'absence de vernis à ongles
- L'absence de faux ongles

Les résultats ont été classés de la manière suivante :

- Observance de la recommandation de 90 à 100 % : résultats satisfaisants

La recommandation :
Aucun bijou n'est autorisé sur les mains et sur les poignets, l'alliance étant incluse dans cette restriction.

COMMUNICATION DES RÉSULTATS

Ces résultats font l'objet d'une communication de masse au travers de cet article.

Ils ont aussi été présentés en staff de secteur pour une communication plus ciblée au sein de chacune de vos unités de soins et feront l'objet d'une présentation aux instances :

- Réunion d'encadrement DCS le 4 juin 2015
- CME le 24 juin 2015
- CTP le 25 juin 2015

- Observance de la recommandation de 80 à 90 % : résultats perfectibles
- Observance de la recommandation de 0 à 80 % : résultats non satisfaisants à travailler

Pour mémoire, le taux de respect des précautions standard en Métropole est de 100 %.

DES RÉSULTATS GLOBAUX DEVANT AMENER À UNE MOBILISATION

Si les résultats sont satisfaisants pour l'absence de faux ongles (99,40 %) et de vernis (96,90 %) et perfectibles pour le respect des ongles courts (86,70 %), ces résultats sont par contre tout à fait non satisfaisants en ce qui concerne l'absence de bijou (68,10 %)

Le but de l'audit était d'amener l'ensemble des professionnels à prendre conscience d'une réalité trop souvent « gommée ». Il conviendra de vérifier que cette prise de conscience est suivie d'effets.

ZOOM SUR LE PORT DES BIJOUX

Les résultats quant au respect de la recommandation sur le non-port des bijoux ont été détaillés par catégorie professionnelle.

Profession	Nbre d'audités	Résultats
IDE	110	76 % > 84 agents sur 110 respectent le non-port de bijou
Médecins	45	42 % > 19 agents sur 45 respectent le non-port de bijou
AS	43	67 % > 29 agents sur 43 respectent le non-port de bijou
ASH	39	72 % > 28 agents sur 39 respectent le non-port de bijou
Étudiants	24	92 % > 22 agents sur 24 respectent le non-port de bijou
Cadres	18	72 % > 13 agents sur 18 respectent le non-port de bijou
Brancardiers	13	47 % > 6 agents sur 13 respectent le non-port de bijou
Kinésithérapeutes	13	85 % > 11 agents sur 13 respectent le non-port de bijou
Manipulateurs radio	12	75 % > 9 agents sur 12 respectent le non-port de bijou
Sages-femmes	9	56 % > 5 agents sur 9 respectent le non-port de bijou
Agents hôteliers	6	50 % > 3 agents sur 6 respectent le non-port de bijou
Puéricultrices	5	60 % > 3 agents sur 5 respectent le non-port de bijou
Aux. puéricultrices	4	75 % > 3 agents sur 4 respectent le non-port de bijou

LES RÉSULTATS PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ

Des résultats qui montrent que toutes les catégories professionnelles ainsi que tous nos secteurs d'activité sont impactés et que les objectifs que nous nous étions fixés ne sont pas atteints.

Il convient donc de veiller, au sein de chaque unité de soins, au sein de chaque catégorie professionnelle, à respecter la recommandation standard liée au non-port des bijoux.

Un sujet de réflexion pour nous tous ? La seule catégorie professionnelle qui ait satisfait aux exigences que nous nous étions fixées est celle des étudiants.

Secteur d'activité	Nbre d'audités	Résultats
Chirurgie	68	76 % > 52 agents sur 68 respectent le non-port de bijou
Gynécologie	26	62 % > 16 agents sur 26 respectent le non-port de bijou
Magenta	92	71 % > 65 agents sur 92 respectent le non-port de bijou
Médecine GB	85	69 % > 59 agents sur 85 respectent le non-port de bijou
Médecotechnique	30	53 % > 16 agents sur 30 respectent le non-port de bijou
Plateau Urgences	53	66 % > 35 agents sur 53 respectent le non-port de bijou

UN BIJOU, C'EST QUOI ?

Une analyse des résultats plus précise nous montre que les auditeurs ont identifié 128 bijoux.

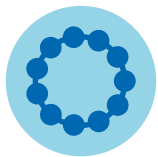
Ces bijoux sont répartis de la façon suivante :



➔ **42%**
des bijoux sont des alliances



➔ **38%**
des bijoux sont des montres



➔ **10%**
des bijoux sont des bracelets



➔ **10%**
des bijoux sont des bagues

LA SYMBOLIQUE DE L'ALLIANCE

Les professionnels audités ont fait remonter aux auditeurs deux types de remarques. La première est que pour beaucoup, l'alliance représente un engagement personnel et,

bien que conscients des précautions standard relatives aux bijoux, ils se refusent à retirer cette preuve d'engagement. Nous respectons totalement ce signe de serment et en comprenons le sens profond, et même si certaines recommandations passées accordaient une permissivité relative au port des alliances, les nouvelles recommandations des sociétés savantes d'hygiène hospitalière en prohibent totalement leur port.

Cette problématique n'est pas uniquement la nôtre, elle a suscité les mêmes réserves dans d'autres établissements. Aux agents pour qui la séparation de ce bijou était inenvisageable, il a été demandé de l'accrocher à un collier ras de cou.

LA MONTRE OUTIL DE TRAVAIL ?

La seconde remarque des professionnels est que pour beaucoup, la montre est considérée comme un outil de travail et non pas comme un bijou.

Il est vrai que, pour certaines catégories professionnelles, la montre est un outil de travail et nous n'en contestons absolument pas le fait. Il convient simplement de positionner cette montre ailleurs qu'au poignet, dans la poche de la blouse ou accrochée avec une épingle à nourrice sur la poche haute de la blouse ou à l'intérieur de cette même poche.



AUDIT À VENIR

Un deuxième audit sera réalisé durant la période de juillet à août 2015. Comme le précédent, vous n'en connaîtrez pas la date exacte et son déroulement sera identique au premier afin de permettre une véritable identification de nos progrès. Il est aussi toutefois possible que nous étendions notre observation à d'autres précautions standard comme des cheveux non attachés, le port des bijoux de cou ou d'oreilles trop longs...

REMERCIEMENTS

Les auditeurs au nombre de 12 sont tous revenus unanimes quant à la qualité de votre accueil. Nous tenons sincèrement à vous en remercier. Vous avez compris que l'audit n'est pas un contrôle, mais un moyen de mesure qui permet de quantifier de manière factuelle notre marge d'amélioration. La politique d'audit institutionnel au sein de notre structure ne peut se réaliser sans votre adhésion.

RAPPEL : LES 7 PRÉCAUTIONS STANDARD

- Hygiène des mains (les mains et poignets sans bijoux, les ongles courts, naturels)
- Tenue de travail toujours propre, changée quotidiennement ou si souillée pendant le service, cheveux attachés, hygiène corporelle...
- Protection en fonction des soins : gants à usage unique, tablier plastique (pour les toilettes, pansements...), lunettes (en cas de risques de projections), masque, charlotte (pour certains soins)
- Prévention des accidents d'exposition au sang : utilisation de la boîte jette-aiguilles, gants...
- Gestion du linge propre et sale
- Gestion des déchets : tri (sacs DASRI, déchets hôteliers, verre...)
- Entretien du matériel, des surfaces et des locaux
- Gestion des prélèvements (sanguins, urinaires...) : transport dans une valise fermée, sacs à double poche, etc.

UN COMITÉ DES PATIENTS POUR AMÉLIORER LA COMMUNICATION

Ni bureau des pleurs, ni cellule juridique, le comité des patients du CHT est bel et bien investi d'une vocation préventive et d'amélioration. Tout particulièrement des documents de communication entre les équipes soignantes et les usagers. Mis en place en 2014, il connaît certes des débuts timides, mais devrait poursuivre son travail prochainement.



En Nouvelle-Calédonie, les textes ne rendent pas obligatoire une instance réunissant des patients. Pourtant, le CHT a souhaité en mettre une sur pied afin de s'aligner, autant que possible, sur les standards d'exigence de la Métropole. Et répondre également à certains critères du Manuel de certification de la Haute autorité de santé. « *Nous n'avons pas le cadre réglementaire pour créer ce qui s'appelle en Métropole une CRU, une commission de relation avec les usagers,* commente Marie-Claire Kabar, la directrice de la Coordination des soins. *Mais il est néanmoins précieux d'établir un lien avec les patients et leurs familles afin de connaître leur sentiment et leurs remarques sur nos outils de communication* ». Le comité a donc vu le jour l'an passé, sous l'impulsion de la direction de la Clientèle du CHT et sur la base de règles de fonctionnement précisées dans un règlement intérieur.

USAGERS AU CŒUR DE LA RÉFLEXION

Cette instance, à vocation consultative, a pour objectifs l'amélioration de l'accueil,

de l'information et de toutes les étapes de la prise en charge des patients et de leurs proches. Le CHT de Nouméa entend ainsi placer ces derniers au cœur de la réflexion sur la prise en charge de la maladie, dans toutes ses dimensions, de façon à renforcer le dialogue entre les usagers et l'hôpital. « *Les usagers participant à ce comité sont identifiés par l'intermédiaire des cadres de santé et des chefs de service de l'établissement,* précise Déborah Miramond, chef du service de la Clientèle du CHT, *ou peuvent poser leur candidature à titre personnel. Dans l'un ou l'autre cas, elles ne sont acceptées qu'après un entretien préalable avec le responsable du groupe* ». Les remarques et commentaires du comité, déjà consulté sur le livret d'accueil, ont été intégrés à la nouvelle mouture du document, pour en adapter la forme, le vocabulaire, l'accessibilité... Une démarche aujourd'hui indispensable estime Marie-Claire Kabar qui « *a déjà reçu des patients et des familles pour des réclamations : dans 80 % des cas, c'est un problème de communication !* »

LA COMPOSITION DU COMITÉ DES PATIENTS

Le comité est composé au minimum de 9 membres, parmi lesquels 2 membres fondateurs représentant les associations suivantes :

- Association pour la Qualité de vie des patients en Nouvelle-Calédonie
- Un nouveau départ pour la vie
- 1 représentant du service Clientèle du CHT
- 1 représentant de la direction de la Coordination des soins
- 1 représentant du service Qualité et Gestion des risques du CHT
- 1 représentant de la commission médicale d'établissement du CHT
- 3 patients du CHT ou proches de patients recrutés sur la base du volontariat

L'animation de ce comité est assurée par le service de la Clientèle du CHT de Nouméa.



UNE CARRIÈRE AU SERVICE DE LA SANTÉ FÉMININE

Près de 23 ans... C'est le temps que Jean-Étienne Demory, gynécologue, a consacré à la santé des Calédoniennes et à l'amélioration constante de la prise en charge de toutes les populations.

À la retraite depuis début janvier, l'ancien praticien hospitalier ne regrette aucun de ses choix. Ni celui de s'être engagé dans une carrière médicale, ni celui de la coopération, aux Comores pendant quatre ans, pas plus que le départ pour la Nouvelle-Calédonie en 1992 avec femme et enfants.

« *L'hôpital de Moroni a été une formidable expérience, raconte le médecin. On apprend à tout faire sans rien...* » Un chapitre hors normes de sa vie, avec les patients venant parfois le chercher chez lui, une maternité à refaire, des pathologies disparues en Métropole...

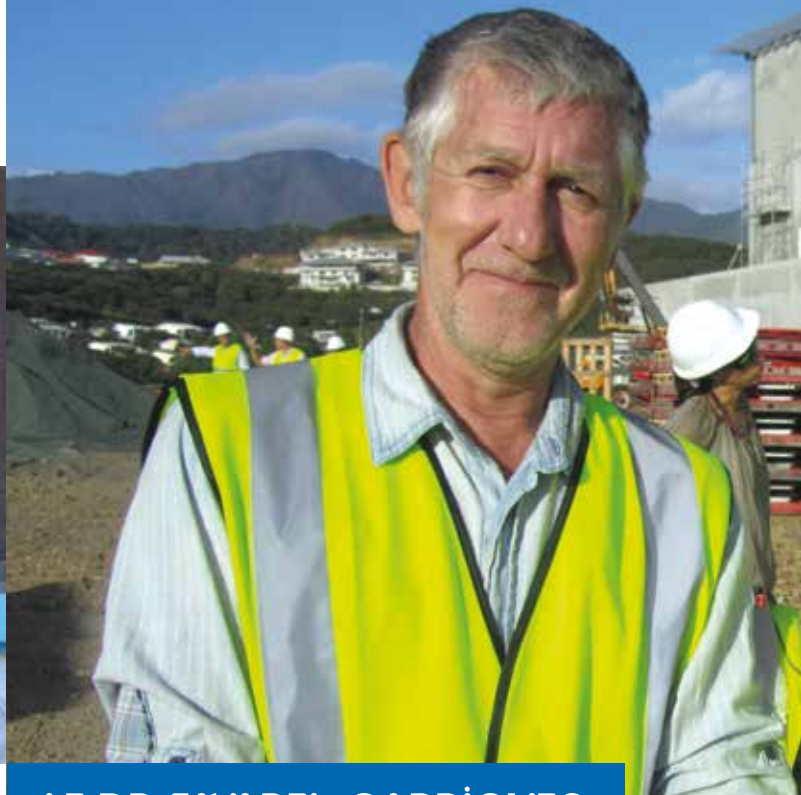
ÉVOLUTIONS CONSIDÉRABLES

« *Lorsque nous sommes arrivés sur le territoire, j'ai trouvé une situation intermédiaire. La technicité était là, mais les pathologies ressemblaient en partie à celles que présentaient les populations des Comores* ».

Depuis, l'équipe s'est étoffée, le niveau de santé a fait un bond, la qualité de service a rejoint celle d'un gros CHR de l'Hexagone.

« *Nous avons aussi été rattrapés par les protocoles, ajoute-t-il. C'était nécessaire, mais cela impacte les équipes au point parfois, de faire passer l'humain au second plan* ». Des évolutions qui ne lui font pas regretter de quitter la vie active, laissant la place à de jeunes professionnels, gages d'un important potentiel de qualité. S'il a un regret à exprimer, il concerne l'accès à l'IVG « *qui reste un parcours du combattant et frise la discrimination lorsqu'une femme ne peut que se tourner vers le service public* ». Une vie professionnelle passée donc au service des femmes...

Ce qu'il va poursuivre en faisant des remplacements dans les DOM-TOM, tout en se recentrant sur sa famille et sur le développement de son verger de Moindou. Une retraite active en perspective !



LE DR FAVAREL-GARRIGUES FERME LE (1^{er}) CHAPITRE CALÉDONIEN

Chef du service d'Anesthésie-Réanimation depuis 4 ans et depuis 8 au CHT, Jean-François Favarel-Garrigues est parti retrouver sa terre bordelaise.

L'envie d'ailleurs et de polyvalence. Voilà, en deux mots, ce qui a motivé Jean-François Favarel-Garrigues à poser quelque temps ses valises dans l'archipel calédonien. Coutumier des voyages et de l'exercice de sa spécialité dans des contextes divers – du Laos au Cambodge en passant par la Mauritanie et le Tchad –, l'anesthésiste-réanimateur détaché jusqu'en mai dernier du CHU de Bordeaux dresse un bilan positif de sa parenthèse calédonienne. « *J'ai participé à plusieurs projets, résume-t-il, qui contribueront, je l'espère, à améliorer encore le fonctionnement de l'hôpital. J'ai aussi beaucoup appris* ». La réorganisation du service d'Anesthésie-Réanimation était l'un des premiers chantiers avec, en ligne de mire, sa structuration, sans doute cette année, en deux services autonomes au sein d'un même département.

FAIRE LE LIEN

« *Nous avons aussi mis en place les revues de morbi-mortalité sans oublier le rapprochement de l'anesthésie-réanimation et des urgences : des staffs communs, des projets communs* ». Son cheval de bataille, précieux pour demain au Médipôle...

Créer ce lien sera également au cœur de ses nouvelles fonctions au CHU de Bordeaux en tant que responsable des secteurs d'anesthésie-réanimation des Urgences. « *Une activité mixte dans laquelle je retrouverai une certaine polyvalence et cette même envie de travailler à l'articulation entre les différents secteurs* ». Il devrait dans le même temps reprendre la formation, une autre activité qui lui tient à cœur. Tout cela sans perdre de vue la Nouvelle-Calédonie avec laquelle pourrait naître une collaboration encore plus étroite avec le CHU de Bordeaux.

ÉMILIE GRANGE – 37 ans

médecin biologiste - Laboratoire AMP (assistance médicale à la procréation)

En poste depuis le 12 janvier 2015



Médecin biologiste, le Dr Grange s'est spécialisée dans la biologie de la reproduction-fécondation *in vitro*. **« J'ai toujours aimé la sphère Mère-Enfant et l'infiniment petit, cela m'intéressait d'allier les deux par le biais de la biologie de la reproduction »**, confie-t-elle. Interne à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, elle a ensuite rejoint la Martinique pendant 5 ans dans la biologie

polyvalente à l'hôpital et dans le privé. Elle est ensuite partie au CHU de Lille de 2009 à 2012 en tant qu'assistante hospitalo-universitaire au Laboratoire d'assistance médicale à la procréation, son domaine de prédilection. Après elle rejoint Tahiti, l'institut Louis-Malardé où elle travaille en Biologie polyvalente et plus spécifiquement en virologie-biologie moléculaire. Quand le poste se libère en Calédonie, elle n'hésite pas une seule seconde. Son objectif est bien de faire parler de ce domaine de l'AMP encore méconnu de la population locale, proposer cette spécialité auprès des femmes en âge de procréer mais qui rencontrent des difficultés, et développer l'activité.

ÉMILIE BOUISSOU – 37 ans

praticien hospitalier au service Gynécologie

En poste depuis le 2 février 2015



Le Dr Bouissou a effectué ses études à Toulouse, mais a eu l'occasion de passer un semestre au CHT de Nouméa au cours de son internat. **« Après deux ans de clinicat et trois ans en tant que praticien hospitalier dans une maternité de niveau III, j'ai suivi mon conjoint qui est calédonien. Ici j'ai une activité essentiellement obstétricale avec suivi des grossesses pathologiques, dépistage**

échographique, visites dans le service des grossesses à risques élevés, avis aux explorations fonctionnelles, participation à la permanence des soins à Magenta et au CHN de Koumac. J'avais une activité chirurgicale à Toulouse, mais les compétences dans ce domaine sont déjà là », ajoute-t-elle. **« Ce qui n'était pas spécialement une vocation au départ, je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre, j'aime cette spécialité qui offre une activité variée et manuelle et surtout j'aime le stress de l'obstétrique »**.

AUDREY SAULNIER

30 ans

médecin aux Urgences GB

En poste depuis le 1^{er} février 2015

Médecin est une véritable vocation pour le Dr Saulnier qui, dès son plus jeune âge, souhaitait exercer. Après son internat suivi sur les deux hôpitaux de Toulouse, deux ans d'assistantat et quelques remplacements, Dr Saulnier rejoint Gaston-Bourret au service des Urgences. Pourquoi la Calédonie ? **« Parce que le service avait l'air passionnant et le recrutement du patient était intéressant »**, souligne-t-elle. C'est son premier séjour en dehors de la Métropole. **« Ici, il y a toute la partie évacuation sanitaire, le SAMU, les secours en mer, ce que je ne faisais pas du tout en Métropole »**, explique le Dr Saulnier. Urgentiste, elle apprécie dans son travail le contact avec ces patients venus de tous les horizons géographiques et socioculturels.

STÉPHANIE LALANDE

37 ans

médecin assistant

En poste depuis le 1^{er} mai 2015

Le Dr Lalande a fait ses études au CHU de Limoges. Elle se prédestinait tout d'abord à une carrière de médecin généraliste de campagne, ce qu'elle a entamé en effet quelque temps en effectuant des remplacements. Elle intègre ensuite le service de Cardiologie à l'hôpital du Taaone à Tahiti, au sein duquel elle travaillera pendant 8 ans, séjour entrecoupé par une année passée en Guadeloupe. Cette spécialité l'a tout de suite enthousiasmée. **« J'ai un statut particulier car je suis médecin généraliste, mais je suis en train de passer ma qualification en cardiologie. Je prends donc pour le moment mes marques en cardio-pneumo »**, explique-t-elle. Et d'ajouter **« par la suite, je serai redéployée vers le service de Cardio ainsi que vers les Soins intensifs et les explorations »**.

MÉDICAMENTS : OBJECTIF TRAÇABILITÉ !

Les préparateurs de la pharmacie font désormais un minutieux travail d'identification des médicaments, notamment ceux par voie orale, en « dose unitaire ».

Le but : sécuriser l'administration des médicaments, faciliter le travail des services et mieux optimiser sur le plan financier.



Sylvie Cyrille, préparatrice en pharmacie et Yannick Gauquellin, pharmacien



Chaque jour, entre 16 h et 17 h 30, le préparateur en pharmacie se penche sur les gélules et comprimés présentés dans les alvéoles des plaquettes de médicaments. Son objectif : rendre chaque compartiment identifiable par le nom du médicament, le numéro de lot et la date de péremption. Des informations essentielles, mais dont une présentation traditionnelle ne garantit pas la présence sur chaque cachet. « *Lorsqu'un particulier achète un médicament en officine, il l'utilise alvéole par alvéole et peut vérifier la date et le nom sans problème*, décrit Valérie Guillemin, chef de service de la Pharmacie. *À l'hôpital, la procédure veut qu'une infirmière ne sorte pas le médicament de son alvéole, mais découpe une partie de la plaquette et la dépose dans le pilulier du patient* ». Pour le respect de l'hygiène, c'est parfait. En revanche, la traçabilité du médicament peut manquer de

précision, avec plusieurs conséquences possibles. En premier lieu, un patient consciencieux peut émettre des doutes sur le médicament si le nom n'est pas lisible ; ensuite, l'infirmière qui distribue les médicaments n'a pas de moyen de vérifier que la préparation du pilulier est la bonne, si elle ne l'a pas réalisée elle-même ; enfin, lorsqu'un médicament n'est pas pris, difficile de le remettre dans la bonne case s'il n'est pas identifiable.

S'ADAPTER AUX BESOINS

Si naguère, rien n'était fait pour gommer ces difficultés, certains laboratoires ont désormais intégré la problématique hospitalière dans la présentation de leurs produits. « *Nous nous sommes penchés sur la question, il y a maintenant trois ans, afin d'identifier, pour une même molécule, les différents médicaments disponibles*



Sélection à l'écran de ce qui doit être imprimé pour identifier les doses unitaires



Sylvie imprime le film autocollant et colle les plaquettes sur les emplacements dédiés

sur le marché et la présentation qui y était associée ». Résultat, lorsque cela est possible, le CHT fait le choix des produits dont « l'emballage » répond aux exigences de traçabilité, d'efficacité et de sécurité d'un établissement de santé. Quitte, parfois, à payer un peu plus cher. Reste que cette possibilité n'existe pas encore pour tous les médicaments à administrer par voie orale et en présentation par dose unitaire. Qu'à cela ne tienne : la Pharmacie a pris les choses en mains et s'attèle, depuis neuf mois, à reconditionner une par une les plaquettes pour obtenir une identification complète sur chaque alvéole, soit plusieurs milliers de doses par mois.

S'ORGANISER

La démarche, mise en place à effectif constant, se fait en plusieurs étapes : d'abord la commande d'un film autocollant adapté puis, à réception, la retranscription des données par un préparateur en pharmacie ; s'ensuit un contrôle par le pharmacien pour s'assurer de la bonne réécriture des dates, noms et numéros, avant de passer à l'étape d'impression, de découpage et de collage sur chaque tablette... Un travail fastidieux, mais extrêmement précieux pour les services. « Lorsque l'on passe dans les unités

de soins et que l'on demande aux équipes ce qu'elles en pensent, elles se montrent ravies et saluent les efforts des laboratoires, sourit Valérie Guillemin. Mais pour bon nombre de médicaments, c'est bien l'œuvre de la Pharmacie du CHT ! »

100 %

Alors bien sûr, difficile d'atteindre 100 % de présentation en doses unitaires identifiables. C'est pourtant l'objectif que s'est fixé le service support lorsqu'a débuté la démarche, il parvient aujourd'hui, entre les produits de laboratoire et ceux que « marquent » les préparateurs, à 90 % de conditionnement adapté au milieu hospitalier. Faire encore mieux ? Une fois le Médipôle en fonctionnement, la Pharmacie disposera d'effectifs supplémentaires et sera alors plus en mesure de généraliser la démarche. « On y gagne ainsi en traçabilité et donc en sécurité, mais nous devrions également en retirer un avantage financier ». En effet, un médicament non utilisé et non identifiable était automatiquement jeté. Qu'il coûte 10 francs ou 40 000 francs... ! Ce n'est plus le cas maintenant. Un gain enfin en termes écologiques dans la mesure

où le traitement des déchets médicaux est onéreux et polluant : moins il y en a, mieux c'est ! Alors certes, la tâche peut paraître rébarbative, mais la Pharmacie l'a désormais intégrée dans son fonctionnement pour le bien de l'hôpital et pour suivre le mouvement dans lequel s'est engagé le CHT depuis plusieurs années d'une qualité toujours accrue.

Une fois la nouvelle étiquette posée sur la plaquette, reste à valider et à compléter, avec le pharmacien, le document de traçabilité



LA CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE S'ORGANISE



Terminé la salle d'attente bondée. Fini les longues heures d'attente pour être reçu par un chirurgien. Exit les tensions qui naissaient d'une mauvaise organisation. L'organisation des consultations de chirurgie orthopédique a été revue de fond en comble pour un fonctionnement désormais serein et efficace.

Revenons quelques semaines en arrière... Derrière les murs du bâtiment B, les locaux des consultations de chirurgie orthopédique abritaient une fourmilière d'usagers et de soignants. Tout ce monde fonctionnait de manière quelque peu chaotique pour parvenir à répondre au triple flux de patients : les consultations traditionnelles, les soins externes et les urgences. « Lorsque l'on entrait dans la salle d'attente, une tension était parfois palpable, simplement en raison d'un manque d'organisation », se souvient Marie-Claire Kabar, directrice de la coordination des soins. Tension entre patients dont la destination n'était pas identifiée – les soins externes passent plus vite que les consultations –, tension avec les équipes qui mettaient tout en œuvre pour conjuguer la programmation de la journée et les imprévus, tension

aussi entre les membres des équipes administratives et soignantes, chacune ayant des besoins légitimes, nécessaires et urgents, mais difficiles à coordonner. « Nous avons finalement décidé, en concertation avec le service, de tout remettre à plat en fin d'année dernière ».

DU DIAGNOSTIC À L'ACTION

Engagée par Élodie Galy, chargée de la prévention des risques psychosociaux au CHT, et poursuivie par un groupe de professionnels de la direction du Contrôle et de la Qualité et de la direction de la Coordination des Soins, une enquête d'une semaine a été menée afin d'établir un diagnostic complet des dysfonctionnements. « Il est apparu que la programmation des rendez-vous ne

répondait pas aux besoins spécifiques des patients : elle ne prévoyait pas suffisamment de temps et planifiait les rendez-vous uniquement sur la matinée ». L'attente pouvait donc durer plusieurs heures et les rendez-vous débordaient allègrement sur l'après-midi, sans permettre aux professionnels de bénéficier d'une pause à la mi-journée.

Faisant table rase de l'ancien modèle, un nouveau cadre a finalement été instauré : « Les consultations sont maintenant organisées avec des durées adaptées aux besoins, de 10 minutes pour un contrôle radio à 45 minutes pour des consultations de rachis ». S'ajoutent des créneaux horaires réservés aux urgences et ceux destinés aux consultations postopératoires. L'effet ne s'est pas fait attendre : de deux à quatre heures, l'attente moyenne est passée à moins de

Christiane Karjadi, secrétaire médicale



« Je travaille depuis 25 ans dans le service d'Orthopédie. Depuis la réorganisation, les choses se sont nettement améliorées. Les secrétaires médicales disposent d'un plan de travail devant leur bureau, un réel avantage à la fois pour la confidentialité des dossiers et pour la protection vis-à-vis de ce qu'il peut arriver de l'autre côté du bureau. Le planning a lui aussi bien changé les choses : les patients sont beaucoup plus disciplinés et avec des heures de rendez-vous adaptées, nous arrivons à maîtriser le flux. Nous voyons toujours autant de patients, mais ils sont lissés sur la journée. Tout cela donne une atmosphère de travail beaucoup plus agréable, il y a moins de pression, moins d'énerverment. Les rendez-vous sont organisés selon les médecins, selon les pathologies et même si le rythme est encore soutenu, la communication se fait bien entre les chirurgiens et les secrétaires. À cela s'est ajoutée une démarche 5BH (5 bonnes habitudes, l'un des outils de la méthode SOIHM) pour parvenir à nettoyer le secrétariat, à l'organiser, à en faire un espace agréable. Dans la salle d'attente a également été créé un espace enfants pour canaliser leur attention ainsi qu'un espace attente couchée ou personnes à mobilité réduite ».



“

Les consultations sont maintenant organisées avec des durées adaptées aux besoins, de 10 minutes pour un contrôle radio à 45 minutes pour des consultations de rachis

”

30 minutes ! Ajoutons des rendez-vous étalés sur la journée, des secrétaires médicales qui prennent le temps d'une pause repas et voilà de quoi rendre de la sérénité aux patients autant qu'aux équipes. « Maintenant, il n'y a jamais plus d'une dizaine de personnes dans la salle d'attente, conclut Marie-Claire Kabar. Et l'objectif est de modéliser cette organisation pour la déployer aux autres secrétariats avant d'intégrer le Médipôle ».

Astrid Gnavit, infirmière



« L'organisation du planning de consultation a soulagé le service ! Nous n'avons toujours pas assez de places, mais c'est beaucoup mieux et l'atmosphère est plus sereine pour tout le monde. Auparavant, les relations étaient tendues. Il n'y avait rien de personnel, c'était l'accumulation et la mauvaise organisation qui créaient cette ambiance. Maintenant, nous arrivons à gérer les consultations et tout le monde arrive à prendre en compte les spécificités des patients, s'ils souffrent, s'ils sont diabétiques, si ce sont des personnes âgées... nous avons tous la possibilité d'y faire plus attention qu'auparavant. Sans oublier l'organisation dans les salles. Avant, il faut reconnaître que nous avions du mal à nous y retrouver ! Nous avions trop de choses dans les salles de consultation, dont certaines étaient périmées. La nouvelle organisation est beaucoup plus rationnelle et efficace : tout est identifié sur chaque placard de manière à ce que n'importe quelle infirmière s'y retrouve, dans toutes les salles ; le système de plein-vidé permet aussi d'être toujours à jour dans nos commandes ».

LE PROJET BI (BUSINESS INTELLIGENCE) UN PROCESSUS D'AIDE À LA DÉCISION

Depuis plus d'un an, le CHT se dote d'un système d'information décisionnel. Un projet, piloté par la direction des Affaires financières, et mené par le service du Contrôle de gestion et la DBRI. Son objectif : créer de l'information et du savoir pour offrir aux équipes dirigeantes une analyse performante de l'activité du CHT et une meilleure gouvernance.

De gauche à droite : Jean-Marie CHABANIS, chef du service du Contrôle de gestion de la DAF, Stéphanie KONG A SIQU, assistante au contrôle de gestion, Christine DETRONC, chef de bureau, et Julien GUIDONI, ingénieur informatique de la DBRI.



SITUATION DES LITS		NOMBRE DE LITS		Taux d'occupation		Moyenne mensuelle		Moyenne annuelle	
Service	Statut	Nombre	Statut	Taux	Statut	Moyenne	Statut	Moyenne	Statut
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	ACTIF	15	15	100%	ACTIF	100%	ACTIF	100%	ACTIF
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	INACTIF	0	0	0%	INACTIF	0%	INACTIF	0%	INACTIF
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	TOTAL	15	15	100%	TOTAL	100%	TOTAL	100%	TOTAL
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	ACTIF	15	15	100%	ACTIF	100%	ACTIF	100%	ACTIF
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	INACTIF	0	0	0%	INACTIF	0%	INACTIF	0%	INACTIF
CHIRURGIE GÉNÉRALISTE	TOTAL	15	15	100%	TOTAL	100%	TOTAL	100%	TOTAL

Situation des lits

De nos jours, l'information étant omniprésente, la difficulté est de la rendre facilement disponible et sous une forme adéquate, afin de pouvoir l'exploiter et d'en tirer de la valeur ajoutée. « Or, le CHT avait pris du retard concernant le recueil des informations extraites des différentes applications informatiques, souligne Jean-Marie Chabanis, chef du service du Contrôle de gestion de la DAF. Le traitement des données était devenu lourd, compliqué, et pas optimal, lorsqu'un service ou des institutions, telle la DASS, demandaient par exemple de croiser des données pour

apporter l'information souhaitée. »

Pour pallier cette problématique, le projet BI ou « informatique décisionnelle », a donc été impulsé, il y a un an et demi,

sous la houlette de la DAF. « Le service du Contrôle de gestion, en collaboration avec la direction du Biomédical, des Réseaux et de l'Information (DBRI), a été chargé de mettre en œuvre cette informatique décisionnelle », rappelle Jean-Marie Chabanis. « Le DIM (département d'Information médicale) y sera très prochainement associé. »

TABLEAUX DE BORD

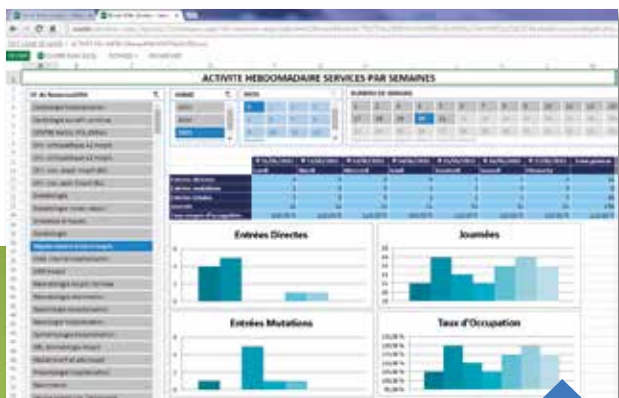
Concrètement, la démarche consiste à extraire désormais les données saisies par les différents logiciels et de les transférer dans ce que l'on appelle un

entrepôt de données. « Il s'agit ensuite de récupérer ces données et concevoir des outils

de pilotage, en l'occurrence des tableaux de bord, de reporting qui s'adaptent

aux besoins des utilisateurs », explique Julien Guidoni, ingénieur informatique de la DBRI. Des tableaux de bord qui concernent par exemple les dépenses budgétaires, le taux d'occupation des lits par service, par semaine ou par mois, les motifs de sortie ou l'absentéisme du personnel.

Ces tableaux de bord, qui sont créés sur Power Pivot, sont ensuite partagés via l'application Share Point. « Les personnes qui ont les droits sur Share Point peuvent ensuite les consulter et la mise à jour des données se fait maintenant automatiquement », précise Jean-Marie Chabanis. Une automatisation qui s'effectue quotidiennement. « L'un des objectifs fixés était d'automatiser une partie



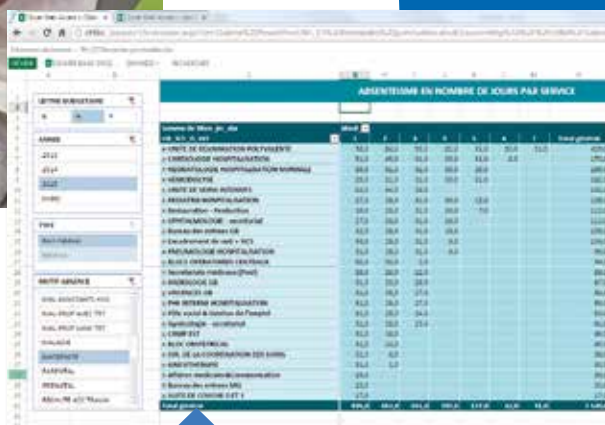
Activité hebdomadaire



des données pour améliorer la qualité de la ressource et ainsi améliorer la qualité de l'information, indissociable du projet BI », relève Julien Guidoni.

PILOTAGE MÉDICOÉCONOMIQUE

En créant, à partir des données recueillies, de l'information et du savoir, ce système d'information décisionnel, à la fois performant fluide et réactif, va ainsi offrir aux équipes dirigeantes une aide dans leur prise de décision, une vue d'ensemble de l'activité du CHT ainsi qu'une meilleure analyse des enjeux auxquels doit répondre le centre hospitalier. « Le projet BI permet de réduire les intermédiaires entre la source et les décideurs, afin de ne pas dégrader



Absentéisme en nombre de jours

l'information et de leur donner une souplesse et une latitude plus grandes selon l'axe d'analyse qu'ils choisissent », pointe Julien Guidoni. Le but ultime étant que les utilisateurs puissent très prochainement réaliser leurs propres tableaux de bord. « Mais avant, il convient que chacun s'approprie ce nouvel outil qui apporte une vraie valeur ajoutée dans la prise de décision dans les domaines médicaux et administratifs », conclut Jean-Marie Chabanis. Un système qui sera transposé au Médipôle, lorsque le futur centre hospitalier sera en activité.

LA QUALITÉ DE LA DONNÉE

Elle est essentielle si l'on veut apporter ensuite une information non faussée aux décideurs hospitaliers, en vue d'un pilotage performant de l'établissement par les données.

Par exemple : ne pas saisir informatiquement, en temps et en heure, la sortie d'un patient hospitalisé renvoie une information erronée aux gestionnaires qui croient que le lit n'est pas disponible.

L'aboutissement du projet BI repose donc en grande partie sur la fiabilisation des données saisies par les acteurs hospitaliers. C'est pourquoi, afin de garantir une qualité de données satisfaisante, la saisie doit être organisée, encadrée et harmonisée. Pour y parvenir, une structure dédiée aux contrôles qualité de l'ensemble des informations médicales, administratives, financières, RH et techniques doit être développée.

LE PROJET BI POUR TOUS

« Si ce projet émane de la DAF, il ne se limite nullement aux affaires financières, loin de là », tient à préciser Jean-Marie Chabanis. Depuis le lancement du projet, le Contrôle de gestion s'est concentré à recueillir les données sur l'activité et sur les ressources humaines. « Nous avons commencé seulement à nous pencher sur le volet dépenses et recettes », indique Jean-Marie Chabanis. C'est un projet qui touche tous les acteurs du CHT, tous les métiers et tous les services, dans la mesure où il va engendrer une optimisation de la gestion, de l'activité, du management et de l'organisation.

GESTION DES EFFECTIFS, DES REMPLACEMENTS... LE RAPPEL DES RÈGLES

Les règles de gestion des remplacements et de compensation de l'absentéisme, comme des effectifs ont été depuis quelque temps appliquées avec moins de rigueur. Une note de service vient d'être diffusée*. Elle vise à permettre le retour au fonctionnement normal et préfigure le fonctionnement du Médipôle.



CADRE GÉNÉRAL DES REMPLACEMENTS

Étant donné que les effectifs sont calculés en tenant compte des récupérations, des congés annuels et du taux d'absentéisme :

- 1 Les congés maladie inférieurs à 15 jours ne sont pas remplacés.
- 2 Les congés annuels ne sont pas remplacés.
- 3 La notion de renfort dans les services n'est pas acceptable, si ce n'est dans le cadre de procédures déjà arrêtées ou autorisées par la directrice de la Coordination des soins.

GESTION DES INAPTITUDES ET MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUES

- 1 Les agents en mi-temps thérapeutique restent affectés dans leur service en sureffectif.
- 2 L'objectif est leur reprise dans leur service d'origine.
- 3 Les agents inaptes émargent budgétairement dans leur service d'origine et continuent, pendant la période de reclassement ou d'inaptitude, sauf exclusion fixée par la médecine du travail ou projet arrêté par la DRH sur proposition du directeur adjoint, à travailler dans leur service d'origine.

Pour la gestion des inaptitudes et des reclassements, le référent handicap et d'aide au retour à l'emploi pour les 6 prochains mois est madame MARTIN (sous la responsabilité de Guy VAN LAETHEM).

LE CADRE POUR LA GESTION DES C.D.D.

- 1 Le cadre d'emploi est le C.D.I. ou la F.P.T., un poste vacant doit être publié.
- 2 Les congés annuels des C.D.D. (supérieurs à 1 mois) ne sont pas payés et doivent donc être pris et planifiés dans la durée du contrat - a priori et à minima, ils prennent les congés planifiés des agents qu'ils remplacent.
- 3 La durée du contrat doit correspondre à la nature du remplacement et à sa durée a priori, sans tenir compte de la situation individuelle de l'agent remplaçant (maladie, maternité, remplacement...).
- 4 Le refus de renouvellement d'un C.D.D. par un agent entraînera sa fin de fonction définitive dans l'établissement.
- 5 Les C.D.D. d'une durée prévisionnelle cumulée supérieure à un an doivent faire l'objet d'une attention particulière. En particulier, leur intention de rester dans l'établissement ou d'intégrer la fonction publique doit être exprimée.
- 6 Il est rappelé qu'un C.D.D. ne peut pas être interrompu à la demande de l'agent ou à celle de la direction. La fin de contrat doit être discutée avec la DRH afin d'en fixer les modalités.

GESTION DES POSTES VACANTS

- 1 Les postes vacants sont publiés et pourvus, sauf proposition contraire du directeur-adjoint.
- 2 Le recrutement se fait de préférence dans la F.P.T.

HEURES SUPPLÉMENTAIRES

- 1 Pas d'heures supplémentaires a posteriori, elles doivent être autorisées par le directeur-adjoint a priori.
- 2 Les récupérations ne peuvent pas être rémunérées en heures supplémentaires. Elles doivent être prises avant la fin de contrat pour les C.D.D.
- 3 Pour les fonctionnaires et les C.D.I., le cumul maximal d'heures de récupération est de 40 heures.

EFFECTIFS ET ORGANISATIONS

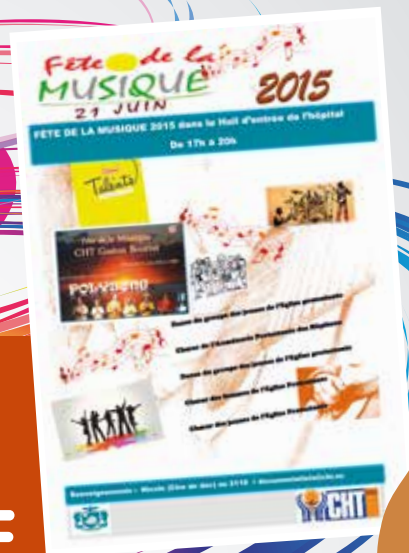
Les organisations doivent être posées en fonction de l'effectif théorique et non l'inverse. Si une nouvelle organisation doit être mise en place, elle doit être proposée à la hiérarchie, validée par la direction, présentée aux instances et arrêtée par le directeur. Elle ne peut pas être constatée a posteriori.

Des moyens supplémentaires peuvent être autorisés sur des projets spécifiques pour préparer Koutio ou sur la formation. Ils devront faire l'objet d'une évaluation trimestrielle. Ces moyens doivent être proposés à la direction.

Enfin, le *Guide de gestion du temps* publié sur Intranet est le document de référence de l'établissement. La plupart des réponses y sont. Les demandes dérogatoires doivent être formulées à la DRH.

Le traditionnel rendez-vous de la Fête de la Musique a tenu toutes ses promesses. Plusieurs ensembles musicaux et chorales se sont succédés dans le hall coté port. Pour le plus grand plaisir des visiteurs, des patients, et des équipes. Merci à tous les artistes. À l'année prochaine !

FÊTE DE LA MUSIQUE AU CHT



RÉSERVES INSUFFISANTES **DONNEZ** VOTRE SANG.



**NOUS EN AVONS BESOIN
POUR LA NOUVELLE-CALÉDONIE !
N° VERT 05 51 00 OU 25 66 61**

CENTRE DE DON DU SANG

TOURS PACIFIQUE ARCADE - 1 bis, rue d'Austerlitz - Nouméa

De 7h15 à 14h00, du lundi au jeudi

De 7h15 à 12h00, les vendredis et veilles de jours fériés

